El Nacional

NUMERO 9 • JULIO DE 1995

LETRA S

SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA



Foto: Eniac Martínez. Diseño: Enrique Betancourt

Migrantes

Sida, pobreza y desarrollo

Tendencia a la ruralización de la epidemia del VIH

Elizabeth Reid • Frederick Lyons • Cine: Bienvenido-Welcome

EL MAL ENTENDIDO

EN LAS COMUNIDADES

Todos los deseos del mundo

ARTURO VAZQUEZ BARRON

Durante los primeros años de la epidemia, en la comunidad homosexual se tuvo una certeza: llegaban tiempos que iban a resultar una dura prueba para todos. Aunque nadie tenía entonces una idea previa de las consecuencias que estamos viviendo ahora, muy pronto se intuyó la complejidad de la nueva circunstancia. Y esta comunidad ha sido, sin duda alguna, la que ha pagado la cuota más alta en vidas y en enfrentamientos, consigo misma y con la sociedad.

La desarticulación del binomio sida-homosexualidad fue una de las prioridades. En cierta forma, lo sigue siendo, si tomamos en cuenta que los sectores más retrasados de la sociedad todavía consideran que estos dos términos desembocan en un mismo concepto. El trabajo de los grupos y asociaciones gay, al respecto, fue tan intenso, que muy pronto se produjo el reconocimiento a una comunidad que se responsabilizaba de sí misma y de los demás, en una mezcla de sufrimiento, de energía vital y de espíritu de lucha: la comunidad adquirió valor de ejemplo. Poco apoco, al imponerse la realidad sobre el prejuicio, se logró generar desde esa trinchera una consideración del sida más responsable y, sobre todo, mucho más humana: la sociedad entera está expuesta a la transmisión del VIH.

Sin embargo, con el tiempo, se ha empezado a producir un fenómeno inquietante, que podríamos considerar regresivo, como si la sólida conciencia de prevención de los gays empezara a diluirse poco a poco. En los últimos años, hay indicios de que la epidemia comienza a repuntar entre la población que, a pesar de todo, nunca dejó de ser la más afectada. Tanto en los Estados Unidos como en Francia, el resurgimiento de la epidemia entre los homosexuales ha empezado a dar muchos dolores de cabeza. La primera voz de alerta se dio hace ya tres años. El sociólogo Michaël Pollack, poco antes de su muerte ocurrida el 7 de abril de 1992, escribía que "un simple cálculo de probabilidades permite suponer que la epidemia va a resurgir precisamente en donde la seroprevalencia ya es la más elevada: en la población homosexual". Para 1994, una encuesta publicada en el número de diciembre del **Boletín epidemiológico** de la Dirección General de Salud de Francia hace el balance sobre la evolución de la seropositividad en pacientes que se infectaron por vía sexual. En los tres años estudiados (de 1991 a 1993), los investigadores observaron que todavía se presentaban índices de transmisión, estables y muy elevados, entre los hombres homo y bisexuales. En San Francisco, hay informes relativos a los índices de transmisión que indican que, entre los jóvenes, éstos son cuatro veces más elevados que en 1987. Según describen los observadores del fenómeno, el hecho de que los afectados ahora sean principalmente hombres gay menores de 28 años podría deberse a que los más jóvenes han comenzado a considerar que el sida es una enfermedad "de viejos", correspondiente a otra época, que golpeó selectivamente a los militantes de la liberación homosexual de los años 70 y 80. Aunque parezca simplista, la hipótesis anterior no debería subestimarse. Sobre todo si, como informan algunos investigadores, en Nueva York se están abriendo cada mes nuevos lugares de "encuentro sexual", en los que las prácticas de los clientes se alejan por completo del sexo protegido. En México, el mismo fenómeno no es nuevo en los baños de vapor, y podría decirse que las prácticas desprotegidas son el pan diario de los clientes aficionados a la bruma, al zacate y al jabón.


Adolfo Pérez Butrón

Por otra parte, el diario **Le Monde**, el domingo 14 de mayo de este año, publicó un artículo sobre la "recaída" que ha sufrido la comunidad gay francesa con respecto a los índices de transmisión del sida. Lleva por título "Los rebeldes del sexo protegido", lo que no deja muchas dudas en cuanto a lo que está sucediendo en algunos sectores importantes de la comunidad homosexual. Se nos describen varios casos de "seroconversión voluntaria", sucedidos entre personas que alguna vez fueron militantes convencidos del sexo protegido, como Laurent, que después de años de pelear intensamente contra el virus, ha llegado a sentirse dividido entre "un romanticismo inocuo" y "un deseo de disidencia con respecto al discurso del sexo protegido y sus aspectos políticamente correctos". La pregunta surge clara y directa: ¿cuál es la razón de que un hombre gay tenga relaciones desprotegidas, si conoce muy bien los riesgos, si dispone de condones, si durante años se protegió y protegió a los demás? La respuesta, por desgracia, se nos escapa y no hay todavía muchos elementos para discernir al respecto. Quizá, la complejidad de este fenómeno de "recaída" podría empezar a explicarse en los mecanismos siempre sorprendentes del nivel inconsciente del individuo, sobre todo si tenemos en cuenta que esta pandemia convoca al sexo, a la sangre y a la muerte. La dimensión del inconsciente y de lo imaginario tiene una influencia fundamental en el comportamiento, y podría aventurarse la siguiente hipótesis: en mucha gente, no existe una apreciación objetiva del riesgo. Me parece que, toda proporción guardada, estamos ante un fenómeno análogo al del fumador, que sabe lo que está haciendo, pero no deja de hacerlo.

Ahora bien, no dejemos que toda la responsabilidad recaiga en cosas tan etéreas. Es necesario dejar muy claro que las políticas de prevención no han sido las mejores. ¿Hasta qué punto, y ahora sí en el caso de México, la necesidad de reducir los riesgos de transmisión se ha resuelto con campañas inteligentes y pensadas para rendir frutos visibles? A la catástrofe del sida, en México, se ha venido a agregar la catástrofe de la indiferencia gubernamental. Es indignante que hasta el día de hoy, el gobierno no haya querido emprender una política de prevención que, entre otras cosas, incluya campañas específicas para la gente gay. No es que las campañas sean tibias, como suelen denunciar los activistas franceses, es que las campañas gubernamentales aquí no existen. Y no existen porque la homofobia gubernamental ha hecho que prácticamente todo el apoyo del Estado y de gran parte de la iniciativa privada se canalice para la pseudoprevención, vía el grupo Enlace, que goza de muy buena reputación por promover verdaderas campañas desinformativas y de amedrentamiento. Gracias a Carlos Salinas, quien fue el que abrió las puertas de par en par para que la operatividad de Enlace llegara hasta las nubes, y gracias también a la absoluta incapacidad del actual gobierno para ver lo que en materia de sida está ocurriendo, lo único que vemos los habitantes de esta ciudad son manos entrelazadas, familias felices, reunidas en el éxtasis de la virtud y la fidelidad, como una recompensa anticipada del paraíso.

Frente a esto, la pelea real queda en manos de las ONG y los medios de comunicación independientes, porque es ahí donde se encuentra la mayor parte de la lucidez y del entusiasmo. Tal vez, en lo que se refiere a las políticas de prevención del sida, debamos empezar por abrir los ojos y replantear los objetivos, para no quedarnos con la sensación de haber fracasado. Peter Piot, director del programa de lucha contra el sida de las Naciones Unidas, dice que en estos momentos resulta más peligroso suponer que los riesgos de transmisión algún día se eliminarán por completo. Según él, hay que buscar un nuevo modelo preventivo, que integre la aceptación del riesgo como algo inherente a la vida humana. Reducir los riesgos al máximo significaría, entonces, encontrar un nivel de transmisión del VIH aceptable para la sociedad y para el individuo, porque no es útil fijarse metas imposibles de realizar. El planteamiento me parece digno de reflexión, porque no debemos dejar de pensar en errores mayúsculos, como el del lema "Salud para todos en el año 2000", o en uno más conocido por estos rumbos, "Bienestar para tu familia". Si bien es cierto que se han logrado cambios notables en el comportamiento sexual de la gente, es necesario luchar por conservarlos, para que los fenómenos de recaída y de regresión, sea cual fuere su origen, sean mínimos.

Los últimos quince años han transcurrido tan rápidamente y con tanta intensidad, que a lo mejor no hemos tenido tiempo de sentarnos a reflexionar en que todos llevamos en algún lugar del pecho el dolor de nuestros fantasmas. Tal vez ya sea tiempo de ponernos a escribir por adelantado la historia de una enfermedad que nos ha obligado a vernos hacia adentro. Una historia no tan feliz en la que puedan encontrarse en libertad todos los deseos del mundo ●

El sida, ausente en el Plan Nacional de Desarrollo

CONSEJO TECNICO DE LETRA S

En los últimos 40 días ocurrieron dos hechos trascendentes respecto a la política de salud y sida. El 31 de mayo, el presidente Ernesto Zedillo presentó el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 (PND), en donde la salud sexual y el sida quedan relegados al ámbito de la salud reproductiva. Por otro lado, el secretario de salud, doctor Juan Ramón de la Fuente, el 6 de junio, en conferencia de prensa, profundizó sobre los aspectos de salud en el nuevo plan, y entre ellos, el tema que nos ocupa.

Es necesario señalar que el nuevo PND es diferente a sus antecesores porque no ofrece metas y previsiones presupuestales en cada uno de los sectores y áreas de la política. Por el contrario, brinda lineamientos generales y rectores de mediano plazo, que tendrán que concretarse en programas sectoriales y en metas específicas.

En materia de salud, el PND cuenta con un avance respecto al de la administración pasada. Los planteamientos sobre salud se referían sólo como sector y al acceso a los servicios, aunque la modernización, descentralización y combate a la pobreza estaban presentes. En el actual plan, los lineamientos de salud forman parte de un enfoque más amplio e integral en la propuesta de desarrollo social, la cual tiene como objetivos: propiciar la igualdad de oportunidades; elevar los niveles de bienestar y la calidad de vida; y disminuir la pobreza y la exclusión social.

Así, la política social pone énfasis en las acciones de salud y educación, incluye la seguridad social, la atención a las familias, las mujeres, los migrantes y los indígenas, la distribución poblacional, el desarrollo regional equilibrado y el combate a la pobreza con criterios sustentables. Su instrumentación requiere amplitud y diversificación en sus acciones, excelente coordinación entre las instituciones públicas, concurrencia de las organizaciones sociales y de los tres niveles de gobierno. De aquí que la descentralización será prioritaria.

La participación social en la formulación y ejecución de la política de desarrollo social, así como la supervisión ciudadana en la ejecución de programas y recursos destinados al bienestar social son prioritarios en este nuevo plan. Esto incluye desde luego la política de salud. Un aspecto relevante del PND es elevar al desarrollo social como política de Estado, es decir, una estrategia de largo plazo y dirigida a toda la comunidad. Se busca, con ello, articular los esfuerzos de todos los sectores sociales para multiplicar resultados y movilizar todas las instituciones y órdenes de gobierno.

Si bien la política social implica un enfoque más amplio, integral y estratégico, existen dos carencias de concepción. Una, el ámbito de la salud dejó de lado a la salud sexual y con ella al fenómeno sida, reduciéndolos a la salud reproductiva y a los problemas de género, control natal, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual (ETS).


Ken Light

Los rostros anónimos de los migrantes

Señalamos que es carencia de concepción, pues el desarrollo social da prioridad a la reducción del crecimiento demográfico a través de la salud reproductiva, la condición de la mujer, la educación sexual para planificar la familia y la consejería a jóvenes para el control natal. Lo cual se puede analizar en cada apartado del documento. Sin embargo el concepto de salud sexual que implica placer protegido, no aparece, pues aún se teme incluir a la sexualidad en la salud y la educación. Es, sin lugar a dudas, un gran avance que el PND y el Secretario de Salud hablen más abierta y ampliamente de la salud reproductiva y los problemas de género. Sin embargo, resulta vergonzoso que el cólera sí tenga nombre en el PND, por tratarse de una enfermedad de la pobreza que reincide con fuerza en nuestro país, y que la pandemia del siglo, de consecuencias a mediano plazo, no se perfile como enfermedad que multiplica la pobreza.

Estamos enfrentando un problema que va más allá del ámbito clínico-médico, y que en el marco de esta política de desarrollo social podría favorecer su tratamiento integral. Para ello se requiere referirse sin ambigüedades al sida en el terreno de la salud sexual, la atención y defensa de los derechos humanos de quienes viven con VIH/sida. Además, es importante que como lo señala el propio PND la sociedad participe en la elaboración de los programas sectoriales para la salud y el desarrollo social y supervise su ejecución ●

El estado de la epidemia en Guanajuato

Guanajuato es uno de los estados del país que cuenta con características peculiares que lo ponen en riesgo de vivir con la epidemia del sida en el corto y mediano plazo, truncando las expectativas del pasado y actual gobierno panista, en relación al desarrollo, justicia y democracia. A saber: es una de las principales entidades expulsoras de migrantes, que no cuenta con organizaciones no gubernamentales (ONG) comunitarias de trabajo en sida, y culturalmente se vive una doble moral: la oficial y la personal, incluso esto se reflejó en los dos actos de toma de posesión del gobernador Vicente Fox, el republicano en el Congreso Local y el familiar en el auditorio estatal.

En primer término, la entidad está considerada entre las principales expulsoras de migrantes a los Estados Unidos. La movilidad humana trae consigo intercambios, incluyendo los de fluidos corporales y en consecuencia de diversos virus y entre ellos el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Ante esta situación no siempre las comunidades están preparadas, cultural y mentalmente, para hacer frente, con la infraestructura apropiada, a los retos consecuentes.

El hecho de que no existan ONG de servicio en sida en la entidad, habla de los miedos y falta de garantías que existen para organizarse en la sociedad guanajuatense. El prejuicio y la discriminación no permiten hacer frente a la epidemia, y más bien se corre el riesgo de ocultar la realidad y sus consecuencias; y con ello se pone en peligro la vida de miles de guanajuatenses. Tal vez como resultado de esta situación, la mayor parte de las personas con VIH/sida provenientes de este estado se atienden en los servicios de salud de Jalisco y Michoacán, es decir fuera de casa.

Los reportes epidemiológicos que sobre sida tiene la entidad son un claro reflejo de esta situación. Los 305 casos de sida reportados al 1 de marzo de este año, muestra que la epidemia en el estado de Guanajuato es transmitida principalmente por vía heterosexual: 25.2 por ciento de los casos. La transmisión bisexual ocupa el segundo lugar con 22.6 por ciento del total de los casos, le sigue la homosexual con 17.4 por ciento y la transmisión sanguínea ocupa el último lugar con el 9.5 por ciento.

Asimismo, por cada cinco hombres existe una mujer con sida, comparada con la media nacional de seis a uno nos muestra que la epidemia puede, en pocos años, crecer rápidamente, ya que en la entidad el periodo de duplicación del número de casos es de 10 meses, cuando la media nacional es de 15. Al igual que en el resto del país, la epidemia esta afectando a hombres y mujeres entre los 25 y 44 años de edad, es decir, en edad productiva. En 1992 fue la sexta causa de muerte en la entidad en hombres de 25 a 34 años.

En conjunto las entidades del centro de la república reportan mayor número de casos de sida en hombres en edad productiva y reproductiva, de transmisión heterosexual y bisexual principalmente. Es un claro reflejo del nuevo perfil de la epidemia, con una tendencia a la ruralización de la misma.

Por otra parte, hay que señalar que el gobierno panista de Carlos Medina Plascencia, fincado en la religiosidad, no contribuyó a frenar esta epidemia ni con la premisa de "sólo con tu pareja", a pesar de que recibió el apoyo de su colega el gobernador de Pennsylvania, compañero de la Universidad, quien le donó equipo para montar un centro de información y detección sobre sida, y que hasta el momento no existe.

El trabajo en sida no permite hacer carrera política, pues sus resultados no son inmediatos. Sin embargo, esperemos que el nuevo gobernador Vicente Fox tenga una más amplia visión y que en materia de salud y sida logre sentar las bases preventivas necesarias: la solidaridad y atención adecuada a los afectados en todas las jurisdicciones sanitarias de la entidad; la capacitación y actualización del personal médico, paramédico y administrativo del sistema de salud estatal; el establecimiento de centros de información necesarios; el desarrollo de programas con migrantes y la movilización y organización social para combatir la epidemia en la entidad. Además de usar adecuadamente las donaciones realizadas a su antecesor. Sólo así verá realizado su sueño: "Es hora de que todos nos responsabilicemos, como una sola familia, de nuestro hogar común: Guanajuato y México." (Discurso de toma de posesión, auditorio estatal, 26 de junio 1995) ●

EDITORIAL

Si pudiéramos seguir la trayectoria geográfica que ha trazado la pandemia del sida en el mundo, no resultaría sorprendente que coincidiera con el trazo de las rutas de los principales medios de transporte, con los caminos que siguen los grandes flujos migratorios y con las áreas y poblaciones involucradas en intensos intercambios comerciales. La globalización de la economía mundial pareciera favorecer la expansión del VIH.

El mayor intercambio comercial y de mano de obra de nuestro país se da con el país que tiene el mayor número de casos de sida en el mundo. Las condiciones en las que los trabajadores migrantes mexicanos cruzan la frontera con los Estados Unidos y buscan sobrevivir en una situación adversa y hostil, los vuelven muy vulnerables ante cualquier contingencia que se presente, una de ellas es la posibilidad de infección por el virus del sida.

Algunos investigadores mexicanos lo han advertido, el número creciente de trabajadores agrícolas migratorios infectados por el VIH podría anunciar una situación explosiva. De hecho, se habla ya de una tendencia a la ruralización del sida en nuestro país. Desgraciadamente, no se cuenta con cifras epidemiológicas que nos pudieran informar del verdadero impacto de la epidemia y de sus consecuencias en este sector. Sin embargo, eso no debe ser pretexto para no actuar. Se sabe que las consecuencias provocadas por la epidemia se multiplican en aquellos lugares de acentuada pobreza y atraso cultural, como es el caso de muchos de los lugares de origen de donde provienen nuestros jornaleros migrantes. Debemos detener desde ahora esta tendencia a la ruralización de la epidemia. Se deben implementar todas las acciones necesarias para lograrlo antes de que sus devastadoras consecuencias rebasen la capacidad de respuesta de las comunidades y la infraestructura asistencial del país ●

JULIO DE 1995

LETRA S

SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

Director General: GUILLERMO IBARRA RAMIREZ
Director: Alejandro Brito
Coordinador: Arturo Díaz Betancourt
Consejo Técnico:
Dr. Manuel Palacios, Arturo Vázquez Barrón, Carlos Bonfil, Antonio Contreras, Raúl Zarza, Manuel Figueroa, Polo Gómez.
Diseño: Cees van der Hulst
Formación: Tere Vázquez Vázquez
Consejo Editorial:
Elena Poniatowska, Marta Lamas, Carlos Monsiváis, Ana Luisa Liguori, Marta de la Lama, Antonio Lazcano Araujo, Dra. Carmen Villarreal, Dr. Carlos Cano, Dr. Samuel Ponce de León, Dra. Patricia Volkow, Joaquín Hurtado (Abrazo, Monterrey), Dra. Yolanda Pineda (Muss, A.C., Michoacán), Araceli Márquez (ORAIN, D.F.), Max Mejía (Sida Tijuana), Sandra Peniche (YA'AXCHE, Yucatán).

Ignacio Mariscal 25, 4o. piso, col. Tabacalera. CP 06030
Tel.: 535 30 32, 535 46 12 ext. 150
Fax: 705 56 15 y 592 02 63

El impacto del VIH en el desarrollo de las comunidades

ELIZABETH REID

El comienzo de la epidemia del VIH en países en vías de desarrollo genera una espiral descendente donde las privaciones sociales, económicas y humanas existentes producen un ambiente particularmente fértil para la propagación del VIH y, a su vez, la epidemia del VIH empeora e intensifica las carencias que ya experimentan los habitantes de esos países. No sólo se debe tratar directamente la epidemia por sí sola dentro de los programas de asistencia, sino también sus consecuencias, que impactarán todas las iniciativas de desarrollo existentes, las cuales, ya por sí mismas, necesitan ser reformuladas para incluir estas nuevas situaciones.



Ken Light

Agente de 'la perrera' (la *Border Patrol*) vigila a un grupo de indocumentados

Las lecciones importantes que hemos aprendido en estos primeros diez años de responder a la epidemia, son que los cambios de conducta que frenan la transmisión del VIH pueden darse, y de hecho se dan, pero que necesitan del aval de la comunidad y de un ambiente legal que los facilite y los apoye. El cambio de conducta es un proceso que debe incluir esencialmente cambios en las normas y valores comunitarios y sexuales; la disponibilidad de aconsejamiento y de servicios para la prueba, confidenciales y voluntarios; y la creación de un ambiente que permita la posibilidad para hablar de manera honesta y franca sobre la sexualidad y la muerte.

Para mantener viable el futuro ante la faz de esta aterradora epidemia, la infraestructura que requieren las comunidades debe seguir funcionando. A la par que respondemos a las necesidades inmediatas, de cambios de comportamiento, y de atención y apoyo de los infectados y afectados, no debemos descuidar la necesidad de mantener la infraestructura física, social y económica de las comunidades y las naciones. El impacto de la epidemia comienza a afectar esta infraestructura al aumentar el número de personas que enferman y mueren.

El virus prospera allí donde se les niega dignidad y respeto a las mujeres. De igual manera, las comunidades y familias que toleran o estimulan patrones de comportamiento sexual masculino que separan la satisfacción sexual de la responsabilidad hacia los demás y que valoran la pasividad y la automarginación en las mujeres, tendrán una desproporcionada y elevada tasa de infección.

Los patrones de dispersión del virus siguen los patrones de movilidad de la gente: el cruzamiento de los ejércitos entre países, las rutas de transporte, los bulliciosos centros de intercambio comercial, los mercados de trabajo, las migraciones temporales por agricultura o por ceremonias. Los integrantes de grupos móviles, servidores públicos de alto rango, parlamentarios, maestros, estudiantes, trabajadores inmigrantes, pilotos, choferes, militares, etcétera, tienen tasas de infección más alta que otros.

Es preciso que exista un sólido marco de referencia legal y ético que disminuya la casi inevitable discriminación y estigmatización que rodea a la infección por VIH. Deben existir sistemas de apoyo comunitarios y familiares. Debe haber políticas gubernamentales positivas que aseguren la permanencia en el empleo, en la escuela, etcétera. Finalmente, debe haber personas valerosas que cuenten sus historias, ya que el costo que tienen que pagar los individuos y sus familias por hablar con la verdad es generalmente muy elevado.

Si tenemos presentes estas características determinantes, podemos entonces darle rostros a algunos de los 12 millones de adultos infectados que hay en el mundo actualmente. Sabemos ahora que muy pronto habrá tantas, o más mujeres infectadas que hombres. Muchos, si no es que la mayoría, serán parejas, marido y mujer. Muchos, si no es que la mayoría, serán pobres. Aunque existirá un número no desdeñable de ricos y poderosos entre los infectados, muchos estarán en situaciones que los alejarán de sus familias y comunidades, y la mayoría provendrá de comunidades que aceptan e incluso valoran las conductas que ponen a hombres, mujeres y sus familias en riesgo de transmisión sexual. Podemos empezar a ver ahora nuestras propias caras entre las de esos 12 millones.

El oleaje de las consecuencias

Las consecuencias de la diseminación del virus irradian a través del tiempo y continuarán desplegándose. A través del tiempo se han hecho visibles varios tipos de repercusiones. Su alcance y naturaleza están determinados por muchos factores, pero hay un pequeño número que resultan dominantes. La primera ola de consecuencias aparece directamente tras la diseminación del virus: quienes están infectados empezarán, con el tiempo, a caer enfermos y a morir.

La segunda ola de consecuencias surge de dos características dominantes de la epidemia: 1) los que están infectados se encuentran, en su mayoría, en una etapa de sus vidas en la que tienen el máximo número de dependientes: hijos, padres; otros que viven con ellos; otros a quienes mantienen; 2) el virus está concentrado en las familias y por ello, sus dependientes se quedan con pocos o con ningún medio de subsistencia.

La tercera ola de consecuencias surge de las demás características dominantes de la epidemia: primero, quienes están infectados se encuentran en el periodo más activo y económicamente productivo de sus vidas; segundo, el virus se concentra de manera ocupacional y geográfica; y otro, existe una rigidez en la división de géneros en el trabajo, las destrezas y las responsabilidades.

El alcance y la naturaleza de la cuarta ola de consecuencias está determinada por dos características dominantes: primero, la respuesta de las comunidades y los países hacia los infectados, hacia quienes los cuidan y hacia quienes les sobreviven tras la muerte, particularmente si permanecen o no como parte integral de sus comunidades, apoyados y cuidados por ellos; y segundo, la concentración en ciertas ocupaciones y regiones geográficas.

Las consecuencias personales, sicológicas, sociales y económicas de la propagación del virus se dejarán sentir décadas después de que el virus haya ingresado en una comunidad y se seguirán haciendo sentir, en tanto el virus continúe diseminándose ●

Directora del Programa sobre VIH del PNUD. Extractos del documento "La epidemia del VIH y el desarrollo".



Vicente Barrera · Alberto Ibáñez

La pobreza y la subordinación de la mujer favorece la expansión del VIH en el campo

México, país en transición que no requiere de mayores apoyos contra el sida

ENTREVISTA CON FREDERICK LYONS, REPRESENTANTE DEL PNUD

ALEJANDRO BRITO Y ARTURO DIAZ

La epidemia del VIH/sida tiene la capacidad de empobrecer a familias y comunidades enteras, afirma Frederick Lyons, representante residente del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Entrevistado en sus oficinas y a punto de concluir su estancia en México, Lyons hace un recuento de su trabajo y detalla la política de la ONU sobre el sida. El PNUD, nos explica, es un programa financiero de Naciones Unidas que maneja un fondo de 2 mil millones de dólares al año para ser repartido entre 130 países en vías de desarrollo. Esa cantidad se destina al apoyo de programas de desarrollo que favorezcan a las comunidades más necesitadas. Uno de esos programas es el relacionado con el sida. En México, el PNUD ha impulsado varios proyectos de desarrollo comunitarios, uno de ellos, afirma, fue la fuente de inspiración para el Programa Nacional de Solidaridad del sexenio pasado.

¿Cómo trabaja el PNUD en México?

En México hemos invertido casi 85 millones de dólares en programas de cooperación técnica, de fortalecimiento de instituciones, de creación de instituciones y en la preparación de planes nacionales, como el del agua. Hemos impulsado programas piloto tanto en el campo de la pesca como en el del empleo o, por ejemplo, del abastecimiento del agua: a finales de los años 80 emprendimos con el gobierno de Oaxaca un programa llamado "Lluvia, Tequio y Alimento", que abarcó aspectos de capacitación, participación popular, inversiones del estado. Este programa fue una de las fuentes intelectuales del Programa Nacional de Solidaridad. El papel del PNUD es actuar como una especie de catalizador financiero e intelectual en temas que tienen que ver con el desarrollo de la gente y, por ende, de los países.

Desde hace cinco o seis años trabajan sobre VIH y desarrollo, ¿no es cierto?

Sí. Nos dimos cuenta muy rápido que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tenía impacto e iba a tener un impacto aún mayor en toda la temática del desarrollo. Vimos que la enfermedad tenía implicaciones no sólo a nivel de salud, sino a nivel de familia y comunitario. Nos dimos cuenta también que por su naturaleza no era solucionable, que no se podía mejorar la situación si no se asociaba de manera muy directa toda la sociedad en la lucha contra ella, reconociendo que esto tiene un aspecto educativo, de comunicación, de derechos humanos. Ha sido muy interesante ver hasta qué punto las organizaciones, el PNUD entre ellas, han tenido que adaptar sus propios métodos de trabajo, sus reglamentos internos de manejo de personal para responder a la enfermedad.

¿Cómo se da la relación entre pobreza y sida?

Uno de los elementos que muy temprano se pudo apreciar era la capacidad del VIH/sida para empobrecer a familias y comunidades enteras. Es bien conocido que el VIH/sida afecta más que todo a la generación en edad de producir. Ya sabemos que la enfermedad puede llegar relativamente rápido a pequeñas comunidades exportadoras de mano de obra en todos los continentes: ¿cómo prevenir esto, cuando sabemos que esas son comunidades que por su pobreza exportan la mano de obra? ¿Cómo proteger las comunidades, cómo prevenir esa transmisión? Me parece que ese es uno de los problemas de la lucha contra la pobreza para el futuro y que es uno de los elementos que se debe de discutir de forma abierta con las varias entidades e instituciones de los estados y de la sociedad civil para encontrar soluciones concertadas y coherentes. Para llegar a estas soluciones también tenemos que preguntamos ¿qué podemos hacer para que la migración no se transforme en un proceso de enfermedad? ¿Cómo podemos informar a los migrantes? ¿Cómo podemos capacitarlos? ¿Cómo podemos apoyarlos en su estancia en otro país? ¿Cuáles son los programas novedosos sobre comunicación y educación para mejorar la posibilidad de sus migrantes y limitar la posibilidad de transmisión?

¿Considera usted que la respuesta internacional al VIH ha sido satisfactoria?

Tengo que dar una respuesta muy matizada. Para el año 2000 la poliomielitis habrá sido erradicada, lamentablemente, no se puede decir lo mismo del VIH/sida, que sabemos que empobrece, que tiene impactos económicos durísimos. Y cuando los gobiernos carecen de recursos y tienen que definir políticas, las respuestas nunca van a ser suficientes, y en muchos casos ni siquiera aceptables. Sin embargo, lo que sí vemos es que, a diferencia de hace seis o siete años, ahora se tiene una mayor capacidad de coordinación. El trabajo de la ONU ha pasado por varias fases, desde trabajar con agencias individuales hasta la búsqueda de una respuesta más concertada con el Global Program on AIDS (Programa Global sobre VIH/sida). Hoy en día, a raíz de las críticas que se hicieron al programa global, se está conformando el sistema que se llama *UNAIDS*, con objetivos, yo diría, mucho más limitados, pero con mejor aprovechamiento de las redes que ya existen, con mejor manejo de información, evitando duplicaciones y simplificando los procesos. Esto es una respuesta lógica, sensata, del sistema internacional. Sin embargo, la realidad es que la mayoría de la investigación, los gastos importantes, se van hacer a nivel de instituciones nacionales.

Desde su perspectiva, ¿cómo se puede evitar que el sida produzca más pobreza?

A varios niveles. A nivel estratégico, nos hemos sumado al programa de *UNAIDS*. Somos una de las seis organizaciones vinculadas a ese programa, con el Banco Mundial, Unicef y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ya está arrancando ese programa a otro nivel. Hemos estado trabajando con los gobiernos de los países miembros en ver cómo se pueden integrar varios mensajes sencillos pero importantes en los programas nacionales de VIH/sida.

En particular, nuestro interés ha sido ver cómo podemos aprovechar las fuerzas de la sociedad civil para encontrar soluciones en el campo de la prevención y del apoyo a los enfermos en términos afectivos, económicos y organizativos. Cómo plantear sistemas de tratamiento que no inmovilicen sistemas de salud pública de países extremadamente pobres. Intentamos convencer a las autoridades de integrar a las comunidades a este trabajo de lucha contra el sida. De hecho, la experiencia mexicana ha sido una de las más interesantes al respecto. Hay elementos de esta experiencia que ya han sido compartidos con otros países, con otras organizaciones.

¿El PNUD apoya algunos esfuerzos de ONG o de grupos comunitarios?

Hemos dado apoyos puntuales a distintos esfuerzos de ONG mexicanas; recuerdo en particular al Colectivo Sol. En México, por la naturaleza de su desarrollo, el apoyo financiero ha sido relativamente limitado. México ha sido llamado uno de los países ya en transición, es una de las naciones más prósperas dentro de los países llamados en vías de desarrollo. Los esfuerzos del PNUD están siempre orientados a los países más pobres, a solicitud de nuestra Junta Ejecutiva.

Sabemos que el sida puede llegar con rapidez a pequeñas comunidades exportadoras de mano de obra. Lo que no sabemos es cómo prevenirlas

¿Cree usted que el VIH se debería considerar en el rubro de desarrollo social?

El VIH/sida, como otras tantas enfermedades, no es un problema exclusivamente médico, es un problema con amplios vínculos con el desarrollo social, cultural. No se puede poner a la enfermedad en una especie de *ghetto* intelectual o institucional. Las soluciones tienen que buscarse a través de una respuesta de muchas instituciones de gobierno, pues tiene implicaciones de trabajo, de educación, de transporte, de lucha contra la pobreza. Y lo que espero es que en muchos países podamos asegurar que se trate el problema en forma más abierta y amplia.

¿Cómo podría una ONG o un proyecto comunitario acceder al apoyo del PNUD?

A un nivel, a través de uno u otro de los programas que manejamos con la sociedad civil mexicana; a otro nivel, y quizás sea el mejor, a través de los esfuerzos regionales e interregionales de las agencias, como el sistema *UNAIDS* de la ONU. Por el momento, no tenemos una suma destinada para estos programas, aunque espero que dentro de poco sí tengamos algunos recursos para apoyar a la sociedad civil mexicana o a grupos comunitarios en este campo.

Si México está considerado como un país en transición hacia el desarrollo, en relación al sida ¿cómo está considerado?

Todo es relativo. México es uno de los países que tiene a la vez recursos humanos formados y recursos financieros para responder a esta crisis. Mi comentario sobre países en transición tenía mucho más que ver con la naturaleza del desarrollo económico de México. Las agencias de la ONU tienen que responder a las necesidades de los más necesitados. Es de prever que no mañana, pero que dentro de los próximos diez o quince años, países como México vayan llegando a una situación en la que no reciban recursos adicionales de la cooperación internacional para su propio desarrollo. Esto no excluye tampoco el hecho de que México sea el mayor cliente del Banco Mundial, y que la lucha contra el VIH/sida siga adelante a través de préstamos con la banca mundial y regional, será parte de su proceso de desarrollo a largo plazo, y por muchos años habrá que prever fuertes elementos de cooperación internacional en este campo ●

Porque morir también es humano

MAX MEJIA

La historia comenzó hace tres años en Tijuana, Baja California. En noviembre de 1991 apareció por el café Emilio's, lugar de reunión del grupo Organización Sida Tijuana (OST), una joven pareja buscando apoyo. Ellos eran Luis Zavala, de 19 años, y Olga Hernández, de 16. O simplemente Luis y Olga, como luego serían conocidos por la opinión pública local, tras de saberse que ambos estaban infectados de VIH y sin apoyo familiar ni gubernamental.

Desde esa primera ocasión Luis sorprendió por su manera especial de ver las cosas. Había estado enfermo dos semanas antes, según dijo, pero no puso en ello ningún signo de agüite. Con la misma naturalidad contó su rechazo por parte del Hospital General de Tijuana. "No tenemos lugar para enfermos de sida", le habían dicho. Olga, sentada a su lado, tampoco daba muestras de impaciencia. Por último. Luis se refirió a su problema principal. Ambos vivían en casa de la mamá de Olga, pero, debido a su condición de infectados, debían mudarse rápidamente. Así las cosas, se quedaron sin dónde vivir, sin trabajo y sin dinero.

Ninguno de los dos era de Tijuana. Luis nació en Los Mochis, Sinaloa, y Olga, por su parte, llegó de un pueblo tarasco localizado en Michoacán. Conoció a Luis en Tijuana dos años antes de descubrir que ambos estaban infectados. Esto lo supo en enero de 1991. Ella estaba embarazada y próxima a dar a luz cuando Luis enfermó y se le diagnosticó la seropositividad. El bebé nació infectado y murió un mes después.

Por esos días los miembros de OST empezaron a hablar todo el tiempo acerca de un proyecto de albergue para gente como Luis y Olga, sin recursos ni apoyo familiar, el cual se construiría en algún lado y con financiamiento de sabía Dios quién. Si el caso de esta pareja demostraba cuán necesario era el albergue, también evidenciaba cuán grave era la falta de conciencia en la sociedad y en el gobierno, tanto que Luis y Olga acababan hospedados en un lugar tan absurdo como un café cantante.

Insistir hasta que cambien de opinión

Con la chispa de "bato" sinaloense que era, Luis compartía la serie de problemas de la mayoría de seropositivos que acudían al café, pero era completamente diferente en un punto: en su apreciación de sí mismo (lejos del "encierro") y en su falta de temor ante las palabras "reclamo" o "protesta" en tono al sida. Para decirlo de otro modo, se desvivía por descubrir todos los nexos entre su caso particular y la responsabilidad que le cabía al exterior, en especial a la sociedad y al gobierno.

"Pienso que a la gente no se le da ninguna información sobre el sida y por eso no lo apoya a uno", observó en varias de sus alusiones al tema. "Creo que el rechazo del hospital general es una forma de lastimarlo a uno como ser humano", diría otras veces. Sus críticas fueron subiendo de tono en diversos ámbitos. "¿qué está haciendo el gobierno para apoyar a la gente con sida?", empezó preguntando a los miembros de OST y acabó cuestionando en público a los gobiernos municipal y estatal.

Una noche anunció: "Olga y yo estuvimos platicando que sería bueno que se diera a conocer nuestro caso en la televisión y en los periódicos". Era la primera vez que unos seropositivos planteaban algo.



Ken Light

Familia de Michoacán, aprehendida en San Ysidro, CA. 1985

así. Dos días después aparecieron en un programa especial de televisión y en los días y semanas posteriores el caso transitó por noticieros de televisión y periódicos locales y llegó a las páginas de **Los Angeles Times**.

A pesar de lo anterior, el hospital general se siguió rehusando a dar servicio a Luis cuando éste lo solicitaba. "No tenemos lugar para enfermos de sida", seguía siendo la respuesta. Pero, sorprendentemente, Luis no se daba por vencido, manteniendo su reclamo hasta el final. "A ver si ya cambiaron de opinión los del hospital", expresaría en la que fue su última visita al hospital.

Para enero de 1992 Luis había perdido la capacidad del habla y se acercaba a su fin. Murió a las nueve de las noche del 31 en la cafetería, pero por lo menos no murió solo. Lo acompañaban su mamá, Olga y varios miembros y voluntarios de OST.

Las batallas de Luis, sin embargo, no concluyeron con su deceso. En su funeral la mañana siguiente, los representantes de OST debieron aún contender con la negativa de la agencia funeraria del DIF a que fuera velado en sus instalaciones, "porque había muerto de sida".

Con todo, la pelea librada por él daba sus primeros resultados después de un mes de muerto. El gobernador Ernesto Ruffo Apel dio respuesta a la petición de audiencia largamente esperada por OST para tratar la problemática del sida. Ahí se comprometió a poner atención a la lucha contra el sida, prometió su intervención ante la cuestionada política del hospital general y ordenó la atención hospitalaria para la joven Olga, presente en la audiencia y ahora a punto de dar a luz por segunda ocasión. Respecto al proyecto del hospicio para enfermos terminales, el gobernador ofreció gestionar la donación de un terreno para su edificación.

La lucha es también por los que siguen

Del tiempo de Luis y Olga para acá la situación del sida se ha vuelto menos oscura en Tijuana. El hospital general y otros hospitales públicos, no obstante que aún no tienen secciones para la internación de enfermos terminales, han flexibilizado sus políticas para aceptar a quienes enfrentan enfermedades relacionadas al sida. Por otro lado, también se ha desvanecido el temor que en años pasados uniformó a todas las funerarias locales en contra de los muertos por sida.

De acuerdo con organizaciones no gubernamentales con trabajo en sida, ninguno de estos cambios es suficiente para detener un problema que crece cada día en distintas direcciones y que contradice a las bajas estadísticas oficiales sobre el número de infectados de VIH y de enfermos de sida.

Para la doctora Remedios Lozada, directora del Comité Municipal de Lucha contra el Sida (Comusida), en la ciudad de Tijuana mueren entre ocho y nueve personas cada mes por causas de sida. Dichas cifras son resultado de un sondeo realizado por Comusida durante los últimos doce meses y está basado en defunciones reportadas oficialmente. Esto significa que la cifra puede ser superior, tomando en cuenta que algunas defunciones por sida son reportadas bajo causas distintas, observó la doctora Lozada.

Sin embargo, la directora de Comusida reconoció avances en los campos de la educación y la prevención organizada. Al respecto, señaló que Comusida es un buen ejemplo de ello, lo mismo que su Centro de Información de Sida que viene operando en los últimos dos años en el centro de Tijuana, y el funcionamiento regular de una clínica para pacientes de VIH y sida, administrada por Comusida, OST y la Secretaría de Salud.

Pero lo que entusiasma más a la doctora Lozada es que también hay avances en el proyecto de albergue para enfermos terminales. De hecho, anunció que en días pasados le fueron entregadas a Comusida las llaves del edificio recientemente terminado en la carretera a Tecate, construido sobre terreno donado por el gobierno del estado con el auspicio financiero de la Secretaría de Desarrollo Social.

Dicho hospicio tendrá capacidad para 20 pacientes que no cuenten con recursos económicos ni apoyo familiar, diez hombres y diez mujeres, quienes recibirán la atención de médicos especializados y los cuidados de voluntarios.

Emilio Velásquez, principal impulsor de este albergue, atribuyó la consecución del mismo a la influencia de Luis y Olga y en especial del primero, quien en los últimos momentos de su vida llegaría a afirmar: "yo sé que pronto voy a morirme, pero los que siguen no deben pasar por lo que he pasado yo; debe haber un lugar donde puedan estar y morir como lo merece cualquier ser humano" ●

PERFIL

MUSS, A.C.
Michoacanos por la Salud y Contra el Sida, A.C.

Nace legalmente en febrero de 1993, aunque su trabajo es anterior a 1990. Busca convencer a todos los sectores sociales de Michoacán de que el sida es una epidemia que afecta a todos, y que por lo tanto, todos deben enfrentarla. Su estrategia de trabajo pretende: influir en los medios de comunicación para convertirlos en aliados contra el sida; desarrollar campañas de información y prevención en grupos específicos donde la epidemia este presente; capacitar a jóvenes y estudiantes de bachillerato y universidad, maestros, personal médico y paramédico, sindicatos, trabajadoras sexuales, homosexuales, amas de casa, campesinos, migrantes, organizaciones comunitarias y de beneficencia, y ONG, para convertirlos en difusores de información; y propiciar y generar la atención a personas con VIH/Sida , así como la promoción y defensa de sus derechos humanos.

Los servicios que ofrece son: información y capacitación sobre VIH/sida, en donde destaca el proyecto conjunto con la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, cuyo trabajo se dirige principalmente a municipios rurales y zonas marginadas de la entidad, con mayor incidencia de casos de sida y/o con alto índice de migración a otros estados del país y a la Unión Americana. También, ofrece consejería pre y post prueba de anticuerpos; apoyo psicológico a personas afectadas, familiares y amigos; grupo de autoapoyo; capacitación para la atención domiciliaria de personas con sida; y un programa para la formación de la cultura de los derechos humanos de personas con VIH/SIDA.

MUSS, es impulsora y forma parte de la red local de ONG de derechos humanos, y mantiene contacto internacional con proyectos de apoyo a migrantes mexicanos en California y Chicago. Ha contado con el apoyo de los Fondos de Coinversión Social de SEDESOL, la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) y la Cooperación Técnica Organización Panamericana para la Salud (OPS)/Conasida.

Domicilio: Ana María Gallaga No.753, Centro, 58000 Morelia, Michoacán. Tel.: (43)17-0597 Fax.: (43)12-6763.

Identificar comunidades migrantes con altos índices de casos de infección por VIH y su correspondencia con sus lugares de origen; cultivar una relación de apoyo mutuo y de intercambio de información con las ONG de lucha contra el sida de México y Estados Unidos, y revisar las tareas de gestión ante autoridades aduanales y sanitarias para facilitar la introducción al país de material médico y medicamentos donados por organismos estadounidenses, así como impulsar campañas de información y educación sobre sida, son algunas de las tareas y metas del Programa de Atención a las Comunidades Mexicanas en el Extranjero de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE). En entrevista, el responsable del área de salud de dicho programa, doctor Jeremías Guzmán, explica que la prevención del sida entre los migrantes es una de las prioridades, pues nuestro país comparte con Estados Unidos 3 mil kilómetros de frontera, y es ésta la nación con mayor número de casos de sida. Es un programa prioritario, dice, porque el sida no conoce fronteras.

En México, 30% de los casos de sida se originan en EU

ENTREVISTA CON JEREMIAS GUZMAN, COORDINADOR DE SALUD DEL PROGRAMA DE ATENCION A MEXICANOS EN EL EXTRANJERO DE LA SRE

ALEJANDRO BRITO Y ARTURO DIAZ

De acuerdo con el doctor Jeremías Guzmán, dentro del área de salud del Programa de Atención a las Comunidades Mexicanas en el Extranjero de la SRE, existen tres grandes rubros: uno, para la prevención de transmisión del síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida); dos, prevención para el consumo de drogas (alcoholismo y tabaquismo) y tres, la promoción integral de la salud. "Trabajamos básicamente a través de los consulados y de los centros culturales en diversas ciudades de Estados Unidos, con la difusión de materiales del Conasida, del Conadic (Consejo Nacional para la Prevención de Adicciones) y de algunas otras instituciones dedicadas a la promoción de la salud. Nos interesa esta labor porque el sida es un problema mundial y porque más de 30 por ciento de los casos de sida que tenemos en México tienen su antecedente en Estados Unidos."



Alex Webb

Migrantes detenidos en la frontera con EU (San Ysidro, CA). 1979

Interrogado acerca de los objetivos específicos de la labor que coordina, Jeremías Guzmán responde: "Tenemos dos objetivos principales para el programa de prevención del sida. Uno, desarrollar una cultura que le permita a nuestras comunidades y a nuestros migrantes conocer y aquilatar los riegos que implica el consumo de drogas y la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El segundo objetivo, el más importante, es el de impulsar una campaña permanente de prevención a través de los centros culturales y consulados. Para esto trabajamos conjuntamente con el Conasida, el Conadic y el sector salud.

> *Los indocumentados seropositivos evitan la atención médica por temor a ser deportados. Y al regresar a sus comunidades no toman las medidas necesarias para prevenir nuevas infecciones*

"Además de los folletos informativos -agrega-, Conasida, nos apoya con especialistas para impulsar nuestro programa preventivo, para hablar con los grupos dedicados a la prevención del sida allá y establecer los contactos para poder trabajar. En las ferias de salud que se realizan del otro lado contamos con un *stand*, donde pasamos cápsulas y programas de prevención del sida. Logramos que durante los dos años anteriores un gran número de televisoras en español transmitiera la telenovela **Si fuéramos ángeles**, dirigidas a los migrantes.

Recientemente el programa ha recibido peticiones de repatriación de conacionales seropositivos, las cuales realizamos conjuntamente con el Conasida, que se encarga del manejo clínico del paciente, en coordinación con el médico que está atendiendo a esa persona para poder ver si efectivamente puede viajar y cuando llegue a México poderle dar la atención que necesite.

"Nosotros -explica Jeremías Guzmán- empezamos las repatriaciones en marzo de este año. Hasta el momento hemos atendido doce casos y pensamos que el número va a ir aumentando conforme pase el tiempo. La mayoría son hombres migrantes indocumentados, que no tienen acceso a los servicios de salud en Estados Unidos, y tratamos de que alguna institución de ese país nos pague el envío del paciente para que regrese con una dotación de medicamentos a México.

"En ese sentido -agrega- estamos negociando con las autoridades de la Secretaría de Hacienda y de Salud el poder aceptar donaciones de medicamentos que en muchas ocasiones las organizaciones no gubernamentales (ONG) estadounidenses juntan de la gente que llega a fallecer, o que en el caso de los migrantes legales, que sí tienen acceso a la seguridad social en aquel país, y desean regresar a México, puedan recibirlos sin ningún problema."

Además de California, donde viven más de 5 millones de mexicanos, el programa de atención a la salud de la SRE abarca los 52 estados; los de Georgia, Arizona, Colorado, Texas, Nueva York, Illinois y Washington, aunque no son los únicos, pero sí los más significativos. En estos lugares, las vías principales de transmisión del VIH en mexicanos son po vía sexual e intravenosa.

De acuerdo con el doctor Jeremías, hay un cambio en los hábitos sexuales de los mexicanos que emigran. La otra vía, dice, "no necesariamente está relacionada con la droga, pues la comunidad mexicana no es propensa a ese tipo de adicciones (que requieren jeringa) porque son caras. Lo que sí hay es alcoholismo, pero en cuanto a la transmisión del VIH por jeringas, lo que hemos visto es que en muchos estados de la unión americana las jeringas no se pueden vender más que por prescripción médica; entonces, los mexicanos se llevan su dotación y se las prestan entre ellos para inyectarse Bedoyecta o antibióticos."

Sin embargo, reconoce el funcionario, "el problema mayor no es tanto cómo regresan, sino, como la mayoría son indocumentados, en el momento en que se les diagnostica la seropositividad no regresan a recibir atención médica. Creo incluso que no pasan la etapa de aceptación de la enfermedad y regresan a sus comunidades a tener una vida normal y no toman las medidas necesarias para prevenir la propagación de la epidemia en sus localidades.

"Desafortunadamente -añade- la mayoría de estas personas se encuentra es fase terminal y su último deseo es regresar a morir a su patria. En este aspecto, quisiera resaltar la acción de nuestros consulados, que para evitar el problema con las líneas aéreas o con la gente de migración de los aeropuertos americanos, los acompañan. Hemos pedido que los acompañen en el trámite migratorio y que los dejen hasta el asiento del avión. Y cuando la gravedad o el caso lo amerita, hemos contado con la cooperación de la gente de protección en el aeropuerto de la Ciudad de México para acelerar el trámite y no tengan que estar esperando."

Debido a su condición de ilegales, muchos mexicanos no acuden a los servicios de seguridad social de ese país por temor a la deportación y otro tanto, que si los usa, ya no regresa a los mismos después de que se les detecta el virus. Por ello, la Dirección de Organización Comunitaria de la SRE, a la cual está adscrito el programa de atención a la salud, recientemente elaboró un directorio de las ONG norteamericanas que trabajan en la prevención del sida, a fin de remitirles a los pacientes mexicanos. Muchas de ellas proporcionan servicios médicos (a veces hasta los medicamentos), atención periódica y aplican la prueba de detección de anticuerpos al VIH.

Respecto a las campañas de prevención que realizan conjuntamente Conasida y la SRE, el doctor Jeremías informa que se puso en marcha una campaña llamada *Ponte trucha*, "por medio de la cual estamos invitando a la comunidad mexicana que regresa a que se haga un examen antes de venir a México; independientemente de que regresen o no de manera definitiva al país, para que ellos puedan tener un control sobre su salud. Como parte de esta campaña estamos distribuyendo, sobre todo en la franja fronteriza, un folleto y también se están transmitiendo cápsulas de televisión hechas por Conasida; recientemente grabamos unas cápsulas para el programa de prevención del sida y sobre la prevención de adicciones con uno de los grupos con más arraigo entre la población mexicana: Los Temerarios.

Respecto a la conveniencia de impulsar campañas de este tipo en los estados de la república exportadores de mano de obra, nuestro entrevistado considera que no nada más en esos lugares, "sino que en todo el país. De hecho, la campaña está destinada a las comunidades mexicanas en Estados Unidos, pero creo que sería conveniente que las campañas de prevención del sida fueran más constantes, pues no estamos tratando con máquinas, estamos enviando seres humanos, a quienes hay que educarlos en cuanto a la salud, para que desde México inicien la prevención y sigan con este tipo de educación allá y, si llegan a regresar, que regresen de la mejor manera." ●





Fotos de Eniac Martínez



El largo camino de los migrantes

NOHEMY GARCIA DUARTE

A casi quince años de la aparición masiva del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en el mundo, esta enfermedad reviste características pandémicas, por lo que hoy en día alrededor de 50 países de todos los continentes han impuesto restricciones al tránsito de personas.

Esta diseminación geográfica del virus se explica en general, por el movimiento internacional de individuos, pero además, de manera acusada, por la existencia de corrientes migratorias de orden laboral, es decir, trabajadores migrantes que "trasladan" la enfermedad de los lugares donde se ubican sus centros de trabajo, hacia sus poblaciones de origen.

La dirección de las infecciones, principalmente, va de los migrantes hacia sus comunidades nativas y conlleva a su vez, la vinculación de dos contextos socioeconómicos claramente diferenciados: uno, el del punto geográfico que demanda la fuerza de trabajo, con hábitos culturales y prácticas sexuales abiertas; y dos, el de los lugares de donde procede la mano de obra requerida, con hábitos culturales y prácticas sexuales más tradicionales y "cerradas" en comparación con el primero.

México participa de este doble fenómeno social -migración y sida- debido a que históricamente registra un flujo permanente y continuo de trabajadores migrantes indocumentados, comúnmente llamados "braseros", que se internan en Estados Unidos en busca de mejores oportunidades laborales.

De acuerdo con un reporte de investigación de Mario Bronfman y Nelson Minello, fechado en septiembre de 1993 y titulado "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos de América. Prácticas de riesgo para la infección por VIH", la migración mexicana a Estados Unidos es importante y especial por varias razones, entre las que destaca la cantidad de



migrantes, que año con año va en aumento; el que los migrantes provengan de áreas con tasas de infección y de sida sensiblemente inferiores a las de los lugares de destino en aquella nación, y el que en México sea casi inexistente la información sobre sexualidad de la población, basada en investigaciones serias y confiables, y que para el caso de los migrantes "la carencia es absoluta".

Por otra parte, datos oficiales señalan que en Estados Unidos los seis estados más afectados por el sida son, en orden decreciente: Nueva York, California, Florida, Texas, Nueva Yersey e Illinois; mismos que reciben al 72 por cieno de los migrantes mexicanos.

En 1977, de acuerdo con el texto de Bronfman y Minello, las entidades mexicanas expulsoras de mano de obra eran Baja California, Michoacán, Jalisco, Guanajuato, Chihuahua, Zacatecas, Durango y San Luis Potosí, en ese orden. En 1984 se agregaron Sonora y Guerrero, y el orden varió, ahora los cinco primeros escaños los ocupan Chihuahua, Michoacán, Baja California, Jalisco y Guanajuato.

Los autores llaman la atención sobre el hecho de que las diez entidades expulsoras aporten el 50 por ciento de casos de sida registrados, a pesar de tener sólo el 35 por ciento de la población nacional.

Michoacán, un caso típico

Uno de esos estados es Michoacán. La doctora Yolanda Pineda Tinoco, presidenta de la asociación civil Michoacanos Unidos por la Salud y Contra el Sida (MUSS), informa que hasta el 31 de marzo de este año los casos de sida notificados en la delegación estatal de la Secretaría de Salud eran 616, que sumados a los casos asintomáticos o seropositivos dan un total de 869.

Pineda Tinoco reitera que desde tiempo atrás Michoacán está considerada como una de las entidades del país que más migración tiene hacia Estados Unidos. Este éxodo, precisa, "se tiene detectado en zonas muy específicas, como La Piedad, Zamora y ciudad Hidalgo, aunque últimamente la emigración también se ha agudizado en el centro, Morelia y Pátzcuaro y, en menor medida, Uruapan".

La representante de MUSS confirma que es en estos puntos demográficos donde coincidentemente se ha detectado el mayor número de casos de sida en el estado. Por ello, afirma, "podemos decir que la población con sida en el estado es mayoritariamente de extracción rural".

Agrega que incluso los primeros casos de sida en la entidad "fueron importados, gente que venía infectada de Estados Unidos y llegó prácticamente a morir. Las estadísticas señalan que la mayoría de los enfermos llegan diagnosticados desde allá; otros vienen sin saberlo, embarazan a sus mujeres y nos damos cuenta de la seropositividad a través del niño, que nace infectado. Ahorita ya tenemos casos autóctonos, pero sigue siendo más alta la incidencia en la gente que emigra y, por ende, en las comunidades de emigrantes."

De Chicago a Zamora, pasando por Cotija

Con fines de atención, el sector salud en Michoacán está dividido en jurisdicciones sanitarias. Zamora es la número dos y es en donde se ha registrado una cantidad significativa de casos de VIH y sida.

Luis Jaime Bernés Barrera, jefe de esta jurisdicción sanitaria, informa que la mayoría de infectados pertenecen a zonas rurales, "desde Zamora hasta Cotija, pasando por lugares pequeños como Gómez Farías, donde la gran parte de la población emigra a Estados Unidos. Estas personas -añade- generalmente viven por allá entre ocho y diez meses por año, y regresan a convivir con sus familias los otros dos o cuatro meses, para volver nuevamente a Estados Unidos, generalmente al estado de California y a la ciudad de Chicago, en Illinois."

De 1991 a la fecha, la cifra acumulada de casos de sida en esta jurisdicción es de 124 -56 ya fallecidos-, de los cuales 20 son mujeres y 96 hombres.

En cuanto al perfil de los infectados, el doctor Bernés indica que 23 por ciento no tiene escolaridad y 32 por ciento tiene primaria incompleta; 35 por ciento son solteros y 24 por ciento casados, aunque el 88 por ciento del total tiene hijos.

Prevención de historieta

Esta problemática de propagación del VIH en zonas rurales más que en urbanas de Michoacán, asevera la doctora Pineda Tinoco, es atendida de manera preferente por la asociación civil que preside, debido a que, asegura, "en las áreas rurales prácticamente no llega la información sobre sida, y la que llega está diseñada para poblaciones urbanas, por lo que su impacto no es significativo. Muchas veces nos enfrentamos al hecho de que la gente del campo no sabe leer ni escribir, o con que su preocupación principal es buscar ingresos para comer, más que cuidar su salud."

Ante esta situación, el MUSS impulsa diferentes proyectos, uno de ellos, a punto de concretarse, es la elaboración de una historieta con un tiraje de 2 mil ejemplares, a distribuirse en 25 municipios rurales del estado, en la primera etapa, y cuya evaluación se hará con grupos focales de la misma población, esto es, con mujeres, campesinos y estudiantes.

La historieta, dice la doctora Pineda Tinoco, ilustra la problemática real de la mayoría de las personas infectadas con el VIH en el estado, por lo que el personaje central es un trabajador del campo que emigra a Estados Unidos, quien después de un tiempo de estar fuera regresa a su lugar de origen e intenta tener relaciones sexuales con su novia. Ella acepta, pero como ya ha tenido cierta información sobre el sida, le propone usar condón, a lo que él se niega por machismo y, en fin, así sigue la historia, "siempre basada en situaciones recreadas de acuerdo con las vivencias de los mismos pacientes, de cómo ellos nos han dicho que les sucedieron las cosas pero, además, con una propuesta de prevención."

Donde replicar no es responder

Otro proyecto del MUSS, ya en marcha, es el de capacitación de "replicadores", que según expone la entrevistada, tiene el objetivo de brindar información médica a los jóvenes provenientes de comunidades rurales, con la intención de que una vez capacitados se conviertan en difusores de medidas preventivas contra el sida, y orienten sobre el uso del condón y estén en condiciones de brindar información sobre este tema a la población de su entorno inmediato, entre otras acciones.

Muchas de las actividades de esta asociación civil, argumenta la doctora Pineda, se dirigen a los jóvenes, porque "creemos que en esta etapa de crecimiento es más factible que cambien sus actitudes y patrones culturales, ya que en los adultos resulta mucho más difícil. Por eso pensamos que si la información sobre el sida transita de jóvenes a jóvenes, el mensaje va a tener más éxito."

En esa lógica, explica Yolanda Pineda Tinoco, el proyecto de "replicadores" consiste en que "sean los jóvenes, con su lenguaje y modo de hablar propios, quienes transmitan estos mensajes de salud en sus comunidades, con sus familias y amigos. Pensamos que de esta forma el mensaje va a tener más receptividad en la gente a la que queremos llegar."

Este proyecto, puesto en marcha hace un año aproximadamente en coordinación con la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, incluye un curso de 20 horas de duración, mismo que a la fecha se ha impartido a más de 300 jóvenes de seis escuelas relacionadas con el área de la salud. La doctora Pineda agrega que gracias a la buena recepción del curso, ya se tienen planes para proporcionarlo en otros planteles educativos.

El curso abarca técnicas grupales de sensibilización e información básica sobre el sida. Consta de tres etapas: capacitación a los jóvenes inscritos, fase a cargo del personal de MUSS; elaboración de materiales didácticos (rotafolios y videos, entre otros) por los propios alumnos, quienes luego los emplearán en una presentación del tema ante sus maestros y compañeros de escuela, y "replicación", que es cuando los jóvenes, ya capacitados, "salen a las comunidades a difundir o repetir la información, como una forma de afirmar los conocimientos adquiridos."

Una vía de transmisión del VIH entre migrantes es la intravenosa, porque, para resistir las duras faenas, se inyectan vitaminas entre todos y con la misma jeringa

En esta última etapa, la participación del MUSS consiste en conseguir con las autoridades locales, los apoyos necesarios en cuanto a traslado, alimentación y hospedaje -para dos días- de los "replicadores" a las comunidades del municipio seleccionado con anticipación. Respecto a los resultados de este proyecto, la entrevistada manifiesta que "son muy buenos", ya que, considera, "hay mucha necesidad de información, sobre todo en aquellas poblaciones rurales donde -por ejemplo- apenas han escuchado la palabra sida, u otras en que la reacción de la gente es agredir a los enfermos, pero afortunadamente estos casos son los menos, pues en la mayoría de las poblaciones rurales se manifiestan actitudes más solidarias, de más unión. Las actitudes de rechazo son más comunes en las zonas urbanas."

El condón en el púlpito

En este sentido, la doctora Yolanda refiere la experiencia del municipio serrano de Los Reyes, el único territorio indígena del estado en que hasta el momento han trabajado, según aclara, y donde las brigadas informativas se efectuaron de noche, con la ayuda de traductores bilingües de las propias comunidades.

De esa experiencia recuerda una anécdota interesante. "Era diciembre -relata-, época de posadas, y el cura de un poblado se había comprometido a apoyarnos para que diéramos nuestras pláticas, pero pidió que primero lo acompañáramos a celebrar la fiesta religiosa. Así lo hicimos. Ya concluida la festividad y antes de empezar la misa, en la iglesia empezamos con nuestra plática; el padre escuchaba atento lo que decíamos. En eso estábamos cuando al hacer mención del condón, intervino para sugerir: 'Creo que sería mejor que lo mostrarán, enséñenlo, para que lo conozcan'. Fue una actitud muy bonita la del padre, y como ve, ni en eso hemos tenido problemas."

Sin embargo, también se dan casos de rechazo social contra enfermos de sida, como le sucedió a Ana María, infectada por su esposo, trabajador migrante que a su vez se contagió durante su estancia en Estados Unidos.

El infierno de todos tan temido

Ana María relata que ella se enteró que era seropositiva por los médicos del centro de salud de la cabecera municipal de Los Reyes, "porque ahí fui a dar a luz a mi hijo, sin saber que tenía esa enfermedad. Mi familia sí sabía, pero yo no. Toda mi familia sabía de qué había muerto mi esposo, pero a mí no me decían nada porque estaba embarazada. Lo supe tiempo después del parto, cuando una enfermera del Seguro Social vino a mi casa a decirme que mis pruebas de sida habían salido positivas."

A partir de entonces la vida de Ana María ya no fue normal, por más que trató. La noticia de su enfermedad se difundió "por todo Los Reyes, por todas partes me agredían, en mi colonia me gritaban 'vete de aquí, sidosa', me aventaban piedras, me dejaban anónimos, me decían que me iban a quemar mi casa. Bueno, me gritaron muchas cosas."

Actualmente Ana María, madre de cinco hijos, colabora activamente con MUSS, organización de la que admite, "me ha ayudado muchísimo a salir adelante", al tiempo que lucha por volver a estar junto a sus hijos, de quienes la separaron a raíz de su enfermedad.

Con ustedes, Los Temerarios

Por otra parte, el reconocimiento oficial de que una vía importante de expansión del sida en nuestro país se presenta por la relación VIH-migración, dio lugar en 1994 a que las autoridades federales impulsaran un programa operativo con el propósito expro-feso de brindar información y orientación directa sobre el sida a las comunidades mexicanas que radican en Estados Unidos.

Este programa, concebido para actuar de manera inmediata, se efectúa bajo la coordinación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida), el Consejo Nacional para la Prevención de las Adicciones (Conadic) y la Secretaría de Relaciones Exteriores. Su cobertura inicial fue en los estados de Arizona y California, y actualmente también abarca el territorio de Texas, en específico la ciudad de Atlanta, indica la doctora Melba Muñiz, representante de Conasida.

Agrega que una de las primeras actividades del programa fue identificar a las organizaciones no gubernamentales (ONG) que auxiliaban a los migrantes mexicanos en dichas entidades estadunidenses, "con el objetivo de hacerles llegar documentos -a través de los consulados- cuya información fuera de utilidad a nuestros connacionales."

Melba Muñiz afirma que además de las actividades de difusión y distribución de folletos sobre sida, escritos en español por gente de la misma idiosincrasia de los destinatarios, también se elaboraron formatos especiales para repatriar a todas aquellas personas infectadas, de origen mexicano, que por temor a la aplicación de la Ley 187 -promovida en el estado de California en ese tiempo- empezaron a regresar a sus lugares de origen.

Más adelante, prosigue, las acciones del programa operativo se encaminaron a promover reuniones con los migrantes mexicanos en sus zonas de trabajo con el doble propósito de "precisar qué tanto sabían sobre sida, y conocer los medios de comunicación más idóneos para hacerles llegar información". Como resultado de ese sondeo se optó por utilizar la radio. "En particular nos dimos cuenta de que lo que más les gustaba escuchar era música de la onda grupera", aclara la entrevistada.

A partir de esta detección, asegura, "nos dimos a la tarea de buscar grupos musicales de origen mexicano que quisieran colaborar con nosotros, y actualmente estamos a punto de difundir seis *spots* radiofónicos, tres de adicciones y tres de sida, grabados con el apoyo del grupo Los Temerarios."

Sin drogas, infección intravenosa

Otro fruto de la indagación de campo realizada por la doctora Muñiz fue descubrir que una vía común de transmisión del VIH entre los trabajadores mexicanos migrantes es la de tipo intravenosa, pero no porque se droguen, precisa, sino como una forma de sobrealimentarse. Explica que como en Estados Unidos la venta de jeringas está muy restringida, "entonces lo que hacen nuestros migrantes es llevarse de México un par de jeringas y las dosis que pueden de vitamina B-12, y ya estando en las zonas de trabajo, antes de iniciar sus agotadoras jornadas se inyectan el tónico entre todos y con la misma jeringa, con la idea de que así van a tener más energía para resistir las tareas encomendadas."

Asimismo, especifica Melba Muñiz, el acercamiento personal a las comunidades de migrantes mexicanos ha contribuido a tener más cuidado en el uso del tipo de lenguaje que se emplea en la redacción de los materiales informativos.

Ahora, asevera, se toman más en cuenta los giros lingüísticos que le son propios y que, afirma, "son una especie de espaninglish que sólo ellos hablan". Sobre el impacto global del programa operativo en cuestión, la entrevistada admite que hasta el momento no se tiene una evaluación formal. No obstante, apunta, hay algunos indicadores que "nos permiten cuantificar la aceptación y logros del programa". Al respecto, señala que ahora se tienen muchas más llamadas de mexicanos solicitando algún tipo de información o ayuda, o que por ejemplo, en las reuniones que se convocan para dar información sobre sida y salud, la asistencia es mucho más significativa.

Menciona además que mientras la primera reunión de este tipo se realizó el año pasado ante escasas 25 personas, en la más reciente, celebrada este año en Phoenix, Arizona, "había alrededor de 1,200 personas pidiendo información, lo cual habla de que se ha corrido la voz sobre lo que estamos haciendo, de que hay interés y de que realmente estamos llegando a la gente que nos interesa."

Por último, la doctora Muñiz resalta que un logro más del programa es el haber "conjuntado los esfuerzos de médicos latinos, las ONG y sociedad civil de origen mexicano, que han emigrado a Estados Unidos, que colaboran entusiastamente y se han convertido en un medio de difusión eficaz para distribuir nuestros folletos" ●

Periodista y académica de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

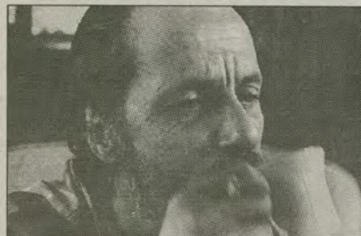
Las apuestas de *Bienvenido-Welcome*

CARLOS BONFIL

Para la industria del cine mexicano, el tema del sida es, desde el inicio de la epidemia, un asunto bastante secundario. El cine de mayorías destinado a grandes públicos no considera prioridad suya ocuparse de un problema de minorías, las llamadas poblaciones de riesgo (homosexuales, prostitutas y drogadictos). Este desdén del cine estatal es un reflejo más de la enorme desinformación en el país respecto a la enfermedad, de la ausencia de campañas de prevención, vigorosas y desprejuiciadas, y de una actitud gubernamental que se niega a reconocer la gravedad de la crisis.

Sólo hasta los noventa, una década después del brote de la epidemia, reconoce el cine estatal que el sida puede tener algún interés en la pantalla. En **Sólo con tu pareja** (Alfonso Cuaron, 1991), la tortura espiritual de un falso seropositivo se vuelve objeto de chiste pretendidamente alivianado. Tres años después, Valentín Trujillo, productor y director, propone en **Amor que mata** el pasmo sentimental ante la miseria del enfermo privado de toda dignidad. Por la comedia o por el melodrama, el cine mexicano mantiene frente a la epidemia del sida una insensibilidad asombrosa.

En este contexto, **Bienvenido-Welcome**, de Gabriel Retes, es una sorpresa estimulante. El sida no es su tema central, pero sí su preocupación continua a lo largo de una divertida trama acerca de los goces y dificultades del oficio cinematrográfico. En la cinta (muy didáctica) que realiza Mariano Pacheco (Gabriel Retes) sobre el sida, José (Luis Felipe Tovar) engaña a su mujer sin tomar las precauciones del sexo seguro. Al día siguiente descubre un recado con lápiz labial sobre el espejo de su baño: "Bienvenido al mundo del sida". A la arriesgada apuesta formal de Retes (el cine dentro del cine, el recurso humorístico del idioma inglés "para poder compartir por el oscar hollywoodense") se añade la apuesta de manejar el tema del sida de manera honesta y con un propósito claro: contribuir a derribar la desinformación y los prejuicios en torno a la epidemia. El título es naturalmente referencia a la frase fatídica en el espejo de José, pero también, y de manera muy significativa, a una forma inusitada de hospitalidad y comprensión hacia los afectados por la epidemia. Retes describe los mecanismos de rechazo, el miedo al contagio, la homofobia, el recelo social que crece geométricamente, y la soledad del enfermo. José conoce casi todas las variantes del desprecio hasta que paulatinamente ve crecer en torno suyo una solidaridad insólita. **Bienvenido-Welcome**, la brillante aventura estilística de Gabriel Retes, es también una reflexión -hoy más que nunca indispensable- en torno a la tolerancia ●



Gabriel Retes, director del filme.



Sin título, **1991. Técnica mixta sobre papel**

Muere Luis Caballero, pintor del cuerpo

Nací en un país latino, profundamente religioso, violento, fanático. La religión dominó mi infancia. Religión de imágenes, resueltamente visual. Aprendí con esas imágenes a amar y a desear. Todavía me obsesionan y siguen siendo la base de mi pintura. Quisiera poder experimentar que produzco ahora el mismo sentimiento de adoración y deseo que me invadía de niño en las iglesias. La Crucifixión, la Pietà, el Descendimiento, el Cuerpo yaciente. ¿Para qué más? Con estos temas eternos se ha podido siempre expresar la pasión, toda la angustia, todo el drama de la relación entre dos seres humanos.

El sexo es un camino paralelo al del místico en el que se renuncia a todo y se destruye todo, empezando por la razón, para llegar a un momento de lucidez o de divinidad. La religión, el erotismo y el arte son tres caminos con un fin común: la comprensión más allá del misterio. Y los tres caminos no sólo se asemejan sino también se mezclan y se confunden.

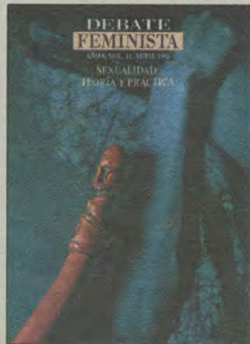
Sólo cuando dibujo un cuerpo me siento implicado yo mismo de manera casi carnal.

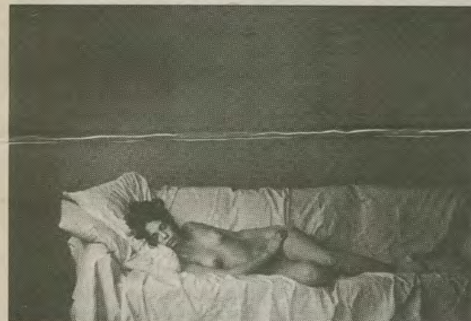
Luis Caballero (1943-1995), uno de los representantes más sólidos de la pintura colombiana contemporánea, falleció el 18 de junio pasado por complicaciones relacionadas con el sida. El gran pintor colombiano, Fernando Botero, declaró que Luis Caballero era el más destacado artista plástico de esa generación. Uno de los deseos más íntimos y más tenaces del pintor fallecido fue exponer su pintura en México. Según sus propias palabras, dicho anhelo se vio frustrado hace algunos años por la negativa absurda del museo Rufino Tamayo de exponer allí sus telas debido a su contenido homoerótico. Es de esperar que en una época de mayor generosidad y tolerancia se repare esa injusticia contra un gran pintor latinoamericano ●

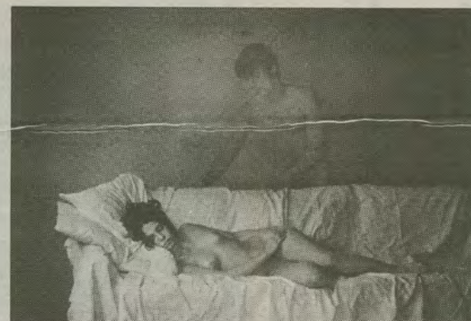
RESEÑA

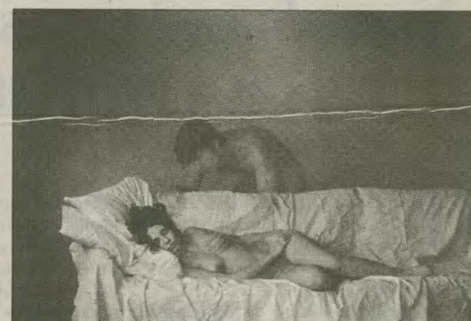
Debate Feminista
Sexualidad: teoría y práctica
Año 6, vol. 11, abril de 1995.

Cinco años de trabajo constante y riguroso que suceden a otros veinte de práctica y discusión, desembocan ahora en el extraordinario número monográfico de **Debate feminista** dedicado a la sexualidad. El equipo coordinado por Marta Lamas, quizás la representante por excelencia del feminismo mexicano en las polémicas, con este número especial avanza hacia la consolidación editorial de un proyecto que, asi lo esperamos, también dará a conocer libros y manuales hoy ya indispensables. En este número, afirman en el editorial, "hemos querido ofrecer un panorama de las maneras en que diferentes sexualidades se autonombran, se cuestionan, se expresan y se escriben". Tan sólo basta con revisar las colaboraciones que incluyen al sida en la reflexión para darse cuenta de la calidad de esta revista. Carlos Monsiváis, por ejemplo, en su crónica de las costumbres y creencias sexuales en México, titulado "Ortodoxia y heterodoxia en las alcobas", destaca uno de los cambios de conducta obligados por la pandemia: "el canje de la culpa por la precaución y la actitud desprejuiciada". Ana Luisa Liguori revisa las investigaciones sobre bisexualidad en México. También se incluye la conferencia de Jeffrey Weeks "Valores sexuales en la era del sida", presentada en el coloquio "Los Nuevos Paradigmas de la Sexualidad". Allí el filósofo británico sitúa al sida ante las complejidades de la vida moderna y sus dilemas morales, y explica por qué lo que él llama "humanismo radical" es la mejor respuesta a la pandemia. Un artículo de Tomas Almaguer sobre el comportamiento homosexual entre los chicanos, en donde se hace una interesante descripción de los dos sistemas sexuales entre los que se ve atrapado el homosexual chicano: el europeo-norteamericano y el mexicano-latinoamericano. Desde la literatura, **Debate feminista** publica el excelente y perturbador relato de Joaquín Hurtado "La vida boca arriba". Con un ritmo desbocado, Hurtado describe lúcidamente la agonía por sida desde la marginalidad. Además la revista aborda las diferentes manifestaciones de la sexualidad. Se reproducen, por ejemplo, extractos del libro de la sicóloga Lyn Segal que replantea la heterosexualidad femenina, y un capítulo del de Bárbara Beck, ensayista alemana, sobre las dóminas. La heterosexualidad masculina la aborda Víctor J. Seidler, autor británico de varios libros sobre política sexual. En la parte literaria la destacada escritora canadiense Margaret Atwood escribe sobre la creación del personaje masculino. También colaboran las escritoras Jean Franco y Margo Glantz; la feminista italiana Alessandra Boccheti; y la sicoanalista búlgara Julia Kristeva. La parte humorística está a cargo de Jesusa Rodríguez y Liliana Felipe. Creemos que la nueva etapa de **Debate feminista**, que se inicia con este número, convertirá a la revista en una referencia obligada de la reflexión cultural en nuestro país ●









Fotos de Duane Michals

Decálogo del placer y dominio del cuerpo

ANA MATTERN

Los bajos instintos y la erótica se expanden en tiempos de bonanza económica y se contraen en las épocas de penurias. Según esta máxima de la socióloga occidental, en nuestros días la vertiente lúdica no debe estar en su mejor momento. Quizá por esto, ahora el sexo vende, interesa, se maneja, obsesiona más que nunca. Junto a los cosméticos, las dietas adelgazantes y los créditos hipotecarios hay que consumir sexo. *Prolongar la pasión*, *El orgasmo sin fin*, *Técnicas depuradas para amantes de primera*, *Juegos eróticos para aliviar el deseo*... son títulos frecuentes en los medios de comunicación. Sin duda, técnica y entusiasmo ayudan, pero parece como si mejorar hasta límites insospechados la sexualidad sólo dependiera de la voluntad y del conocimiento adecuado.

No obstante, la mayoría de los mortales forma parte de un gran pelotón para los que las relaciones íntimas no están ni bien ni mal. Ante tal perspectiva, cualquier idea que parta del sentido común y del buen humor y que pueda ayudar a mejorar la experiencia amorosa se suele recibir con bastante agrado. Este es el sentido de este decálogo de buenas intenciones. No se garantiza el orgasmo sin límite, ni siquiera descubre la vía hacia placeres más intensos.

1. La satisfacción no concluye con el orgasmo. Dicen los expertos, que la mayoría de las parejas adjudican erróneamente el máximo valor al coito y, lamentablemente, ignoran el resto de posibilidades de disfrutar de otras sensaciones. El sexo es un juego mucho más amplio, rico y variado. Las culturas orientales lo saben y manejan un conjunto de técnicas que permiten prolongar el goce sexual partiendo de la habilidad masculina para hacer el amor sin que se produzca eyaculación. Fundamental: alcanzar un alto nivel de relajación a través de un método especial de respiración que permite al individuo dirigir voluntariamente sus deseos y alterar así los momentos de excitación y de calma. Requiere cierta práctica y mucho dominio.

2. "Aquí hay un cuerpo maravilloso al que tú podrías acceder". Mensaje de seducción erótica. Básicamente consiste en considerarse asimismo como un buen amante, independientemente de las medidas. Es una cuestión de actitud y no de formas. De entusiasmo y predisposición.

3. Concentrarse en los placeres comunes.





Ya Ovidio, el gran poeta del amor físico, afirmaba que "el placer hay que provocarlo con lenta tardanza y el gusto deben obtenerlo macho y hembra". "Abomino de los coitos que no desmadejan a los dos", escribía. Lo cual no significa alcanzar el famosos orgasmo simultáneo, por aquel entonces desconocido. La compenetración hasta ese punto es poco menos que imposible ya que, según explican los sexólogos, viene a ser como conseguir que dos personas estornuden a un tiempo.

4. Cuidar el ritmo y descubrir la inmovilidad. La relación sexual es movimiento, y como el baile, requiere cierto dominio del cuerpo a la búsqueda de la sincronización con la pareja. Sin llegar a transformarse en acróbatas, es bueno durante el acto amoroso simultanear posturas, pausas y estímulos. La interrupción de la relación sexual en un momento preciso puede intensificar las sensaciones posteriores.

5. Todo un despliegue libidinoso sobre la cama, el suelo, el ascensor... o donde le venga en gana. Objetivo: jugar con el reglamento y el montaje que la pareja elija, en un terreno que a ambos divierta.

6. No confiar el placer a zonas concretas. El cuerpo humano es un universo poblado de millones de células dispuestas a recibir placer. No hay rincón insensible ni desagradecido si se sabe actuar con el ritmo y la presión convenientes. La erotización táctil debe realizarse de forma paulatina, con suaves caricias. Ir de menos a más y dejar las zonas de mayor intensidad receptiva para el final. Capítulo de gran importancia: colmar al otro de deliciosos besos.

7. Prevenir el desgaste del sexo. La premeditación y la alevosía son enemigas declaradas del sexo. La relación sexual estándar acaba por convertirse en un aburrimiento mortal.

8. El cerebro es el maestro de ceremonias del cuerpo. Es prácticamente imposible mantener una buena vida sexual cuando existen otros problemas fuera de la cama.

9. Enfrentarse al sexo sin tabúes aunque no "todo vale". Hombres y mujeres sienten aversión hacia determinadas prácticas sexuales. No hay que alarmarse por tener rechazos. Este tipo de inhibiciones hay que tratar de superarlas cuando compensa personalmente.

10. Conversar, escuchar, insinuar e informar. Un alto porcentaje de amantes son bastante ignorantes y tienen muchas ideas preconcebidas y equivocadas que restan calidad al encuentro íntimo. Los gustos, deseos y reacciones ante los estímulos eróticos son diferentes entre hombres y mujeres, pero también entre distintas personas, independientemente de su sexo. La estimulación sexual no es una técnica universal. Es bueno dejar un margen de iniciativa y creatividad al otro, pero también resulta aconsejable indicarle el camino a llevar con dulces insinuaciones. A la vez, hay que ser capaz de percibir lo que el otro desea. Ante la duda, lo mejor es preguntar ●

Los diez pecados capitales

- Convertir el sexo en una competición.
- Perseguir la penetración como una meta a cualquier precio.
- El exceso de preocupaciones y quejas.
- Mostrar falta de sensibilidad por lo que el otro desea.
- No superar los falsos pudores.
- Las comparaciones constantes con modelos sexuales equivocados.
- Utilizar el sexo como arma, premio o castigo hacia la actitud del otro.
- Fingir placer, deseo o satisfacción.
- La falta de fantasía y entusiasmo.
- No tener sentido del humor.

Tomado de la revista **El País** (semanal), Núm. 220, 1995

Nueva línea de investigación: atacar a los mutantes

LEON JAROFF

Generalmente frustrados, los investigadores del sida estaban inusualmente emocionados la semana pasada. "Los resultados verdaderamente me sacudieron", exclamó John Coffin, un microbiólogo en la escuela de medicina de la Universidad de Tufts en Massachusetts. "Este descubrimiento va a revolucionar la forma en que vemos al sida", declaró Warner Greene, un virólogo de la Universidad de California en San Francisco.

Lo que motivó esta oleada de entusiasmo era un par de reportes en el diario británico **Nature**. No sólo le dieron vueltas a algunas nociones mantenidas desde hace tiempo acerca de la progresión del sida y explicaron por qué las medicinas no han sido efectivas, sino que además sugirieron nuevas estrategias que podrían mantener la enfermedad anclada e incluso combatirla.

Por años, los investigadores que tratan de detener la epidemia del sida han sido confrontados con una paradoja. La infección por el virus, lo saben, provoca una reacción inmediata del sistema inmunológico en la forma de una gripa que pronto desaparecía. Al desaparecer los síntomas, aparecían los anticuerpos al VIH en el torrente sanguíneo, indicando que el sistema inmune estaba respondiendo. Pero esa respuesta parecía ser inadecuada en el mejor de los casos.

El virus, en cambio, parecía casi dormido. Aparentemente trabajaba a la velocidad de un caracol de jardín, lentamente destruyendo las células T -células de la sangre que son parte clave del sistema inmune- hasta que el sistema eventualmente se colapsaba, siendo incapaz de combatir a cualquier microbio invasor. Era entonces, generalmente diez años después de la infección inicial del VIH, que aparecían los síntomas del sida: infecciones oportunistas de otros patógenos fatales.

Los nuevos reportes en **Nature** -de equipos dirigidos por el doctor David Ho, en el Centro de Investigación del sida; Aaron Diamond, en Nueva York, y el doctor George Shaw, de la Universidad de Alabama en Birmingham- pintan un cuadro diferente. En lugar de una guerra en cámara lenta, el virus y el sistema inmune luchan batallas tremendas desde el principio, con enormes pérdidas en el proceso.

De hecho, el virus cada día fabrica entre 100 millones y mil millones de nuevas copias, que infectan y ocasionan la muerte a mil millones de células inmunes a diario. Pero el sistema inmune contra ataca, fabricando mil millones de nuevas células T al día y en un mes destruye cerca del 99 por ciento de los invasores.

El problema es que entre los millones de virus existe un puñado de mutantes, apenas diferentes genéticamente, y por ello no detectados ni atacados por las células T de inmediato. Al tener un poco de espacio para respirar, los mutantes se multiplican y prosperan, y tal vez en un mes se convierten en la fuerza dominante, reemplazando por completo a los virus originales. Sin parpadear, las células T responden a los virus mutantes, y el ciclo se repite.

Aun así, en casi todos los casos de sida,



Philip Trager

los ciclos repetidos -que parecerían crear una barrera- gradualmente trabajan a favor del VIH. A pesar de sus heroícos esfuerzos, el sistema inmune no puede reemplazar por completo sus pérdidas después de cada vuelta. El efecto acumulado de estas lentas pérdidas a lo largo de casi una década es que el número total de células T llega a niveles tan bajos que el sistema inmune se vuelve inútil contra casi cualquier microbio.

Ambos equipos de investigadores estaban conduciendo pruebas de posibles nuevas drogas para el sida cuando obtuvieron esta nueva visión de la enfermedad. Para medir la efectividad de las drogas, midieron la cantidad de VIH y de células T que circulan en el torrente sanguíneo de pacientes con sida antes y después de que se les administraran las dosis. Los científicos pudieron entonces sacar conclusiones acerca de la velocidad a la cual el sistema inmune elimina el VIH del cuerpo y la velocidad de producción tanto del VIH como de las células T.

Por ejemplo, las drogas reducían temporalmente la población de VIH en un 99 por ciento, provocando un incremento dramático en el número de células T. Esto permitió a los investigadores calcular el número de células T generadas diariamente en el curso de una infección por VIH. "La verdad -explica el doctor Shaw- es que mil millones de células T son producidas y destruidas cada día". Además, estudios de pacientes con sida avanzado indican que el sistema inmune es capaz de sostener un alto nivel de respuesta hasta por una década.

Para Ho, esto sugiere la estrategia adecuada para combatir al sida. En lugar de buscar formas de reforzar el sistema inmune, que permanece robusto la mayor parte de la enfermedad, "tenemos que atacar al virus".

Esto no será una tarea fácil. La habilidad del VIH de mutar hacia una forma resistente a las drogas significa un reto formidable. Pero los científicos están considerando ahora una táctica que ha funcionado contra bacterias que mutan rápidamente: un ataque múltiple de drogas temprano en el curso de la enfermedad. Eso aminoraría la posibilidad de que los mutantes sobrevivieran al tratamiento, multiplicarse y volver a infectar.

En un texto publicado en **Nature**, el virólogo Simon Wain-Hobson, del Instituto Pasteur en Francia, declaró: "solamente las combinaciones de drogas tienen el potencial de combatir al virus". Los científicos todavía no tienen las armas adecuadas, pero ahora saben más acerca de cómo construirlas ●

Tomado de la revista **Time**, enero 23, 1995.
Traducción de Nancy Mayagoitia, del Frente Común Contra el Sida, Oaxaca, A.C.

Novedades terapéuticas

MANUEL PALACIOS MARTINEZ

Constantemente aparecen en las noticias nuevos medicamentos que a la larga resultan, con pocas excepciones, ineficaces; esto ha provocado desconfianza y descepción en el público interesado.

A manera de actualización, preparamos la revisión sintética de los reportes más actuales sobre el trabajo de los investigadores acreditados, cuyos resultados son prometedores.

AZT más 3TC

Dos recientes estudios estadounidenses confirman que la combinación del AZT más 3TC (lamiduvina) es superior a otras combinaciones de fármacos y a tratamientos con una sola droga. Estos resultados fueron medidos a través de la observación de reducciones importantes en el RNA viral (prueba que determina la carga viral corporal), y de incrementos sostenidos en los linfocitos CD_4. Sin embargo, los investigadores advierten que sería erróneo interpretar esta información como demasiado alentadora ya que aún faltan evaluaciones para llegar a conclusiones definitivas. Los principales efectos secundarios reportados fueron: pérdida del cabello y la hipoglucemia (baja de azúcar o glucosa en la sangre).

Inhibidores de la proteasa

Los prometedores hallazgos de la acción antiviral de los inhibidores de la proteasa están sujetos a fuertes discusiones. La compañía farmacéutica Merck presentó evidencias de que su producto inhibidor L735.524 (mejor conocido como 524), produce formas mutantes de virus resistentes a los 52 sensores de tratamiento.

El informe afirma que las cepas resistentes son inmunes al efecto de otros inhibidores como el Saquinavir de Hoffman-La Roche, del inhibidor XM-323 de DuPont-Merck y del VX-478 de Vertex-Wellcome.

Además los inhibidores de la proteasa tienen afinidad por unirse a una proteína del suero sanguíneo, la glucoproteína alfa-1A (AAG). Algunos de estos inhibidores al unirse a la glucoproteína se les dificulta entrar a las células infectadas y por tanto disminuye su efecto antiviral.

Otros reportes farmacéuticos

Abbot reporta que el producto ABT-538 probó su efectividad al disminuir la carga viral de los pacientes y al incrementar los linfocitos CD_4 hasta 3.3 veces del conteo al inicio del tratamiento. El efecto secundario más común fue la diarrea.

Merck informa que el 524 reduce la carga viral de manera importante, incrementa las cuentas de CD_4 tres veces por arriba en relación al conteo antes de iniciar el tratamiento y aumenta el peso de los pacientes en un promedio de 3.5 kilogramos. El efecto secundario es el aumento de las bilirrubinas (sustancias producidas por el hígado y secretadas a través de la vesícula biliar) pero sin desarrollar lesiones graves en el hígado.

Agourón y Vertex-Wellcome reportan que sus compuestos AG-1343 y VX-478 pueden ser utilizados con AZT y ddI para obtener mayores ventajas. Sin embargo, se sigue investigando para poder concluir sobre su eficacia y posibles efectos tóxicos.

AZT más ddC (Hivid)

Investigadores de los Institutos Nacionales contra las Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAD, por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos, aseguran que, según los resultados de un estudio clínico, el tratamiento combinando AZT (Retrovir) más ddC (Hivid) es superior a los resultados obtenidos por el tratamiento con una sola droga. Estos resultados son válidos para pacientes que tienen conteos de CD_4 de 150 células por mm3 o más, donde se observa que la terapia combinada disminuye la probabilidad de que la enfermedad progrese.

Hidroxiurea más ddI

Otro equipo de investigadores presenta evidencias de que un medicamento anticanceroso, la hidroxiurea, tiene un efecto sinérgico (multiplicador) anti-VIH, al combinarse con los antivirales inhibidores de la transcriptasa reversa, particularmente con el ddI. En estudios in vitro (de laboratorio) se demostró que la hidroxiurea inhibe la replicación viral dentro de los linfocitos macrófagos infectados y que el efecto fue mayor al combinarse con ddI. Falta iniciar estudios donde se aplique en animales y posteriormente en humanos para determinar su eficacia in vivo y los posibles efectos tóxicos.

Nuevos fármacos para cepas resistentes al AZT

Investigadores del Instituto Walter Reed de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos reportaron una nueva clase de fármacos denominados 3-deazanucleósidos que son versiones alteradas de los componentes del ADN. En el laboratorio estos fármacos demostraron ser de tres a 18 veces más potentes contra cepas resistentes al AZT, lo que beneficiaría a una proporción importante de personas con VIH, ya que en estudios norteamericanos, una de cada cinco personas seropositivas resultaron tener una cepa VIH-1 resistente al AZT.

Como nos hemos podido percatar, los investigadores continúan haciendo grandes esfuerzos y sus hallazgos son esperanzadores; esperemos que uno o varios de estos medicamentos se conviertan, en un tiempo prudencial, en *El Tratamiento* esperado ●







Duane Michals

Un seguimiento precoz permite retrasar la aparición de los síntomas

MARIANNE BERNEDI

El deseo de todas las personas seropositivas es permanecer largo tiempo en estado de buena salud. Es necesario insistir en que estas dos nociones (buena salud y seropositividad) son cada día más compatibles. Por eso es importante tener acceso a la información y recordar un principio elemental: independientemente del terreno genético, la edad o los antecedentes médicos, es imperativo someterse a un seguimiento precoz y continuo desde el inicio de la seropositividad. En ocasiones se puede vivir esto como una presión, sin embargo es el mejor y único medio de prevenir problemas posteriores. Hoy en día, el VIH provoca una infección que evoluciona lentamente durante años. La mejoría en los servicios, el desarrollo de los conocimientos y el progreso en los tratamientos condujeron a una prolongación del periodo sano antes de la aparición de los primeros síntomas. Pero incluso durante esa fase asintomática, es necesaria una visita médica semestral. Son indispensables una análisis clínico profundo y un chequeo biológico para medir la acción del virus sobre el sistema inmunológico y poder así adaptar el seguimiento médico. La regularidad del chequeo permite detectar anomalías lo antes posible y actuar por ende de manera más eficiente, iniciando un tratamiento antiviral o previniendo la aparición de enfermedades oportunistas. La generalización de estos tratamientos ha permitido aumentar la longevidad de las personas inmunocomprometidas. Desde el anuncio de la seropositividad, y luego de la confirmación del resultado por medio de una segunda prueba, el primer chequeo de salud completo permite determinar la tasa de linfocitos CD_4 y CD_8, la numeración de la fórmula sanguínea y la actividad viral. Estos diferentes elementos deben controlarse cada seis meses y de ser posible cada tres. En la primera consulta es recomendable hacer una prueba de hepatitis B y C. Si el organismo nunca ha estado en contacto con estos virus, es recomendable una vacuna contra la hepatitis B, según el estado del sistema inmunológico. Esta primera consulta permite asimismo hacer énfasis en las reglas del sexo seguro. Aunque no siempre se habla de sexualidad durante la primera entrevista médica, las prácticas protegidas son tan importantes para la persona infectada como para sus parejas. Es preciso insistir en que las exposiciones repetidas al virus y las contaminaciones sucesivas pueden acelerar la evolución de la infección. En una palabra, no hay que vacilar en plantear preguntas concretas al médico. La clave de un seguimiento eficaz radica en la estrecha colaboración que debe existir entre el paciente y su médico ●

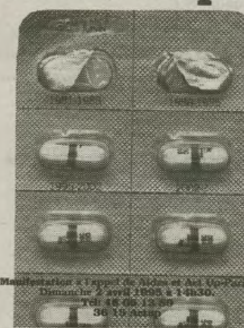


Tomado de **Liberation**, mayo 8 de 1995.
Traducción: Romain Greco.

Existen personas que sobreviven al sida desde hace doce años

A Bernanrd Cellier, voluntario de Aides, se le considera en las asociaciones de lucha contra el sida como un sobreviviente. Desde hace 12 años, a pesar de haber padecido cánceres diversos, un cansancio extremo, pérdida de peso y parasitosis, siempre vuelve a la vida. El afortunado Bernanrd pertenece a esa categoría de portadores del virus a la cual todos los seropositivos aspiran a pertenecer, la de los LTS (*Long Term Survivors*), los sobrevivientes a largo plazo.

Un estudio reciente, publicado en el **British Medical Journal**, menciona la tasa de sobrevivientes a largo plazo (los que no desarrollan el sida) en un grupo de hemofílicos contaminados, y esta se calcula en un 25 por ciento al cabo de 20 años de seropositividad y 15 por ciento al cabo de 25 años. Hoy en día se multiplican ese tipo de observaciones para todo tipo de contaminación: heterosexuales, homosexuales, toxicómanos, enfermos por transfusión sanguínea... Después de 14 años, entre 8 y 10 por ciento de los seropositivos siguen sin contraer la enfermedad. De manera general, todos los médicos que estudian a los seropositivos están asombrados por la mejoría continua en los pronósticos de sobrevivencia que se observa desde hace 10 años en los seropositivos. En el congreso internacional sobre sida que tuvo lugar en Yokohama se comentó mucho el tema. Se encontraba la solución en la sangre o en el ácido desoxirribonucleico (ADN) del propio enfermo. Son varias las hipótesis. Se habla de la infección de un virus poco activo, de un sistema inmunológico a prueba de todo, o en el extremos opuesto, de un sistema tan débil que no reconoce al virus impidiendo así la activación de las defensas.



'¡Vote seropó!' Cartel de Act Up en las pasadas elecciones francesas.

En los próximos años, se podría encontrar una terapia, tal vez una vacuna, comprendiendo esa misteriosa facultad que algunos tienen de adaptarse al virus. Algunos laboratorios, como el de David Ho en Nueva York o el de los doctores Andrieu y Sicard en París, comienzan ya a trabajar en torno a este fenómeno milagroso. Será capaz el cuerpo humano de rechazar al sida ●

Tomado de la revista **Actuel**, diciembre- enero de 1994-95.
Traducción: Romain Greco.

INSTITUTOS, CENTROS MEXICANOS Y CONSULADOS

Arizona
Phoenix
1990 W. Camelback Rd., Suite 110
Phoenix, Az., 85015
Tel.: (602)241-7398 / Fax: 242-2957
Tucson
553 S. Stone Ave.
Tucson, Az., 85701
Tel.: (602)882-5595 / Fax: 882-8959

California
Fresno
905 N. Fulton St.
Fresno, Ca., 93728
Tel.: (209)233-3065 / Fax: 233-5636
Los Angeles
125 E. Paseo de la Plaza, Suite 300
Los Angeles, Ca., 90012
Tels.: (213)624-3682 · 624-3660
Fax: (213)623-6413
Sacramento
9800 Old Winery Plaza, Suite 10
Sacramento, Ca., 95827
Tel.: (916)363-1610 ext.212
Fax: (916)363-0625
San Diego
1549 Indis St.
San Diego, Ca., 92101
Tel.: (619)231-8414 ext.51
Fax: (619)231-4802
San Francisco
870 Market St., Suite 509
San Francisco, Ca., 94105
Tel.: (415)393-8003 / Fax: 393-8020
San José
380 North First St., Suite 102
San José, Ca., 95112
Tel.: (408)294-8620 / Fax: 294-4506

Colorado
Denver
707 Washington St., Suite A
Denver, Co., 80203
Tel.: (303)830-0607 / Fax: 830-0704

D.C.
Washington
2829 Sixteen Noth West
Washington, D.C., 20009
Tel.: (202)728-1628 / Fax: 462-7241

Florida
Miami
1200 NW 78 Ave., Suite 200
Miami, Fl., 33126
Tel.: (305)716-4977 / Fax: 593-2758

Georgia
Atlanta
3220 Peachtree Rd. N.E. Atlanta, Ga., 30305
Tel.: (404)266-1932 / Fax: 266-3202

Illinois
Chicago
300 N. Michigan Ave. Chicago, Il., 60601
Tel.: (312)606-0555 / Fax: 606-0820

Nueva York
Nueva York
8 East 42nd St. New York, NY., 10017
Tel.: (212)725-8167 / Fax: 545-8197

Texas
Dallas
2917 Swisse Ave, Dallas, Tx., 75204
Tel.: (214)824-2951 / Fax: 821-9103
El Paso
910 E. San Antonio St. El Paso, Tx., 79901
Tel.: (915)533-3644 / Fax: 532-7163

PARA SERVIRLE A USTED

Directorio de ONG e instituciones gubernamentales que pueden ayudar a migrantes en la Unión Americana y en sus comunidades de origen en relación al VIH/sida. Red de institutos y centros mexicanos. Secretaría de Relaciones Exteriores. Programa de Atención a las Comunidades Mexicanas en el Extranjero/SRE. Todos los consulados mexicanos en los E.U.A. pueden ofrecerte apoyo en caso que requieras información o repatriación. Los institutos y centros mexicanos dependen de los consulados y en ellos también puedes solicitar apoyo.

Houston
3015 Richmond St., Suite 100. Houston, Tx., 77098. Tel.: (713)524-2951 / Fax: 523-6244
Mc. Allen
1418 Beach St., Suite 102
Mc. Allen, Tx., 78501
Tel.: (210)686-0343 / Fax: 686-4901
San Antonio
600 Hemisfair Plaza
San Antonio, Tx., 782905
Tel.: (210)227-0123 / Fax: 223-7978

Washington
Seattle
2132 Third Ave. Seattle, Wa., 98121
Tel.: (202)448-8452 / Fax: 448-4771

Líneas de Información en E.U.
AIDS-Related Community Services
1-800-992-1442
AIDS Clinical Trials Information Service
1-800-TRIALS-A
CDC Business Responds to
AIDS Resource Service
1-800-458-5231
CDC National AIDS Hotline
1-800-342- AIDS
CDC Spanish AIDS Hotline
1-800-344-7432 (SIDA)
CDC National AIDS Cleringhouse
1-800-458-5231

Líneas de Información en México
TELSIDA: 91(800)90-832

ONG E INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES

Baja California
Mexicali
COESIDA
Pasaje Oaxaca No.555, Centro Cívico
21000, Mexicali, B.C. Tel.: (65)57-1560
CELSIME
Centro Local Sida Mexicali, A.C.
Av. Obregón No.850, Zona Centro
21000, Mexicali, B.C. Tel.: (65)55-4637

Ensenada
Proyecto Sida Ensenada, A.C.
David Ojeda No.370, Col. Echeverría
Ensenada, B.C. Apto. postal 88
Tels.: (617)6-0083

Tijuana
ACOSIDA
Asociación Contra el Sida, A.C.
Calle 10 No.8324-8, Zona Centro. 22000, Tijuana, B.C. Tels.: (66)88-2261 · 80-9963
Fax: (66)88-3522
COMUSIDA
Antiguo Palacio Municipal No.8083-1
Calle 2a. y Constitución, Zona Centro
22000, Tijuana, B.C. Tel.: (66)85-5553
MSC
Medicina Social Comunitaria, A.C.
Batopilas No.2342, Col. Cacho
22150, Tijuana, B.C.
Tel.: (66)84-1443 / Fax: 84-0706

Organización Sida Tijuana, A.C.
Calle 3a. No.1810-11, Col. Centro
22000, Tijuana, B.C. Apto. postal 3302
Tel./Fax: (66)88-0267

Chihuahua
COESIDA
Av. de Colón y Revolución s/n
Hospital General "Salvador Zubirán" 1er. piso
Chihuahua, Chih. Tel.: (14)16-0167
Sidatel: (14)16-0167 · 16-3417

Cd. Juárez
FEMAP
Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Planificación Familiar, A.C.
Plutarco Elías Calles No.722 Nte.,
Col. Progresista. Cd. Juárez, Chih.
Tel.: (16)16-0833 / Fax: (16)16-1396
Programa Compañeros, A.C.
Av. López Mateos No.848 Sur,
Fracc. Los Nogales. 32310, Cd. Juárez, Chih.
Tel./Fax: (16)11-3792

Tamapaulipas
Nuevo Laredo
Laredos Unidos
Comité de Lucha contra el sida, A.C.
Priv. Nuevo León No.4518, Col. San Rafael
88200, Nuevo Laredo, Tamps.
Tel.: (87)14-7725 / Fax: 12-0048

ESTADOS EXPULSORES

Guanajuato
COESIDA
Tamazuca No.4. 36000, Guanajuato, Gto.
Tel.: (473)2-4403 / Fax: 2-5193

Jalisco
COESIDA
Dr. Baeza Alzaga No.107, Sector Hidalgo
44100, Guadalajara, Jal. Tel.: (3)613-4705
Fax: (3)613-0382

Michoacán
Morelia
COESIDA
Melchor Ocampo No.46. Col. Centro
58000, Morelia, Mich.
Tel.: (43)13-9652
Fax: (43)13-7455

Guerrero
Acapulco
COMUSIDA ACAPULCO
Calle Fernando Rosas esq. Río Bravo
Col. Hogar Moderno. Acapulco, Gro.
Tels.: (74)82-0515 · 82-6193 / Fax: 83-6261

Chilpancingo
COESIDA
Av. Rufo Figueroa Nº 6 esq. Av. central
Col. Burócratas
39090, Chilpancingo, Gro.
Tel.: (747)2-7312 / Fax: 2-7273

Oaxaca
COESIDA
Independencia Nº 1104, Centro
68000, Oaxaca, Oax.
Tel.: (951)4-6536 · 4-6553
Fax: (951)4-6394

Puebla
Puebla
COESIDA
15 Sur Nº 302, Zona Esmeralda
72000, Puebla, Pue.
Tel.: (224)6-5896
Fax: (224)2-0938

AGENDA

2000 km de información y acción por la vida. ¡Vámonos Rodando!'95
Del 6 de julio al 2 de agosto
Recorrido: Matamoros-Reynosa (julio 7), Reynosa-China (julio 8), China-Monterrey (julio 9), Monterrey-Saltillo (julio 11), Saltillo-Concepción del Oro (julio 12), Concepción del Oro-Villa de Cos (julio 13), Villa de Cos-Zacatecas (julio 14), Zacatecas-Aguascalientes (julio 15), Aguascalientes-Lagos de Moreno (julio 17) Lagos de Moreno-Tepatitlán (julio 18), Tepatitlán-Guadalajara (julio 19), Guadalajara-La Barca (julio 21), La Barca-Zacapu (julio 22), Zacapu-Morelia (julio 23), Morelia-Salamanca (julio 24), Salamanca-Guanajuato (julio 25), Guanajuato-San Miguel de Allende (julio 28), San Miguel de Allende-Querétaro (julio 28), Querétaro-Huichapan (julio 29), Huichapan-Tula (julio 30), Tula-Teoloyucan (julio 31), Teoloyucan-Zumpango (agosto 1), Zumpango-Pachuca (agosto 2), Pachuca-El Chico (agosto 3), El Chico-Teotihuacán (agosto 4) y Tehotihuacán-Ciudad de México (agosto 5)
BUSCA, A.C. Tel.: 666-4771

Especialización en Sexualidad Humana
Inscripción: 24 al 28 de julio
Curso: 1 de septiembre, 1995 al 13 de junio, 1997.
Centro Cultural Itaca, S.C.

**Requisitos de inscripción:*
-Solicitud
-Documentos:
a) Fotocopia de Acta de nacimiento
b) Fotocopia de constancia de último grado escolar
c) 2 fotografías tamaño infantil recientes
-Entrevista
-Pagos:
Inscripción N$300.- más IVA
Mensual N$360.- más IVA

**Duración:*
-Cuatro semestres
(un módulo por semestre)
-Horario: Viernes de 15:30 a 20:00 hrs.

**Informes:*
Psicol. Sylvia Covián. Tel.: 294-2350
(martes y jueves de 10 a 14 horas)
Psicol. Vicenta Hernández. Tel.: 544-2350

CLASIFICADOS

1. ¿Tienes problemas con las Instituciones de Salud, IMSS, ISSSTE, por medicamentos o maltrato del personal que ahí labora? Te invito a que te pongas en comunicación conmigo, para que unidos todos podamos defender nuestros derechos. Juan Jorge Tel.: 654-5028.
2. Si tienes medicamentos para tratamientos de VIH/sida o en general, puedes donarlos a quienes si lo utilicen y no tengan recursos económicos. Llama al teléfono: 525-7417
INDRE/SSA
Efectúa recuento de linfocitos CD4/CD8 a personas con VIH. Informes a los teléfonos 341-4880 y 341-4700 ext. 48 con el doctor Francisco Alvarado. Si usted tiene problemas de pago, diríjase con la directora Ana Flisser.
ESTETICA SANTORELLI, Hair Tech
Hamburgo No.266, Col. Juárez
Tel.: 525-6304



EL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA
CONASIDA



Convoca a los Organismos No Gubernamentales de base comunitaria con trabajos en VIH/sida a enviar sus proyectos para cooperación técnica con recursos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud(OPS) asignaron para estos fines.

BASES

Se dará preferencia a los proyectos ubicados en las siguientes áreas:
1. Mujer y sida
2. Prevención del VIH/sida en adolescentes
3. Derechos humanos y VIH/sida
4. Atención domiciliaria a pacientes con VIH/sida
Los proyectos deberán contar con la siguiente estructura:

Introducción * Justificación * Objetivos * Metodología * Actividades * Presupuesto * Calendario de trabajo * Productos

*La extensión del documento no deberá exceder las diez cuartillas.

Se seleccionarán proyectos a los cuales se les otorgará un monto máximo de N$30,000.- (TREINTA MIL NUEVOS PESOS 00/100 M.N.) a cada uno, siendo el dictamen independiente de las áreas en que participen.

Los proyectos serán recibidos hasta las 18:00 hrs del día 28 de julio en la Coordinación de ONG en las oficinas de CONASIDA.

El comité de evaluación y selección estará integrado por tres representantes de CONASIDA, un representante de la OPS y tres personalidades conocedoras del problema del VIH/sida en México no pertenecientes a las ONG participantes, OMS/OPS o CONASIDA.

*El dictamen del comité será difinitivo e inapelable.
*No se recibirán trabajos vía fax.
*Lo no previsto en esta convocatoria será resuelto por el comité organizador.
*El resultado final se dará a conocer la primera semana de agosto del presente año a través de la Coordinación de ONG.

Informes:
CONASIDA/TELSIDA 207-4077

NotieSe

Droga anti-cortisal controla el estrés

Los investigadores habían estudiado el efecto del cortisol (hormona producida por las glándulas suprarrenales) que normalmente se secreta ante el estrés y que también ayuda a los virus a entrar a las células y replicarse, y liberarse, además de suprimir la respuesta inmune. Recientemente encontraron una droga anticortisol el RU-486, también conocida como la "píldora del aborto", que bloquea a una proteína del VIH que usa los receptores del cortisol en una célula (linfocito) para infiltrarse y liberar copias virales. La replicación viral disminuye en 70 por ciento.


Christine Laridon

Va de nuez: cómo no se transmite el sida

La Casa Blanca ofreció el 16 de junio disculpas por la decisión de su equipo de seguridad de utilizar guantes de goma (a manera de condón) para escoltar a una delegación de activistas homosexuales que visitó la residencial presidencial. Días antes, un grupo de 50 gays que desempeñan diversas cargos en ayuntamientos y cámaras de representantes de todo el país y que tenían una cita con altos funcionarios de la Casa Blanca, fueron recibidos de esta manera por los agentes de seguridad. Eljay B. Bowron, director del Servicio Secreto, se comprometió a organizar una sesión especial de información para explicar a su personal que el sida no se transmite al registrar a un homosexual o a sus pertenencias.


CEES

Proponen científicos al BID estrategia para combatir el sida

Un grupo de científicos sugirió al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) adoptar una estrategia en apoyo de la lucha contra el sida y coordinar programas con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Agregó que la amenaza del sida puede expandirse en forma rápida en América Latina, a menos que se inviertan más recursos para prevenirlo. De acuerdo con un reporte de la agencia Notimex, Fernando Zacarías, coordinador de programas para la prevención del sida de la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirmó que el sida en América Latina se ha expandido hasta el punto en donde "estamos viendo sólo el principio de la epidemia", por lo que es necesario incrementar las medidas preventivas disponibles, especialmente entre grupos de más alto riesgo, la purificación de los bancos de sangre y sistemas de alerta temprana. Además, los especialistas pidieron al BID que ayude a persuadir a quienes tienen el poder de decisión de la urgencia de invertir recursos para frenar el mal.



El Fisgón/MEXFAM

Aumentó 19 por ciento el número de casos en un año: OMS

Podrían ser más de 20 millones las personas infectadas por el virus, anunció el 3 de julio la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde el inicio de la epidemia hasta la fecha, se han registrado un total de un millón 169 mil 811 casos de sida, de los cuales 38 por ciento se encuentran en Estados Unidos, 35.5 en Africa, 12 en el resto del continente americano, y otros tantos en Europa, 2 por ciento en Asia y 0.5 en Oceanía. Pero las estimaciones de la OMS, calculando el número de casos no registrados, son de al menos cuatro millones y medio. Para América los casos registrados fueron de 580 mil 129, de los cuales 441 mil 528 pertenecen a Estados Unidos, 62 mil 300 a Brasil y 22 mil en México.

✉ a la letra

Desde Cuba
Estimado Alejandro Brito:

*Una hermosa sensación me invadió cuando recibí a través del correo este excelente suplemento de **El Nacional** que aborda con mucha fuerza la temática del sida. Considero que los temas expuestos en todos sus artículos son muy consecuentes no sólo con la realidad mexicana y su desarrollo social, si no que abarca con una amplia dimensión numerosos puntos de vista de todo el hemisferio. Lo felicito a usted y todo su colectivo por la valiente y ardua tarea que están desempeñando con la creación del suplemento **LETRA S**.*

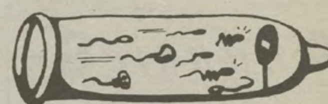
Agradecería me siguieran enviando con frecuencia tan buenos materiales que tanta información ha brindado a todas las personas que de alguna forma luchamos contra esta terrible enfermedad. Permítame nuevamente felicitarlo y estoy incondicionalmente a su disposición para colaborar con esta hermosa y valiente iniciativa.

Con saludos atentos y fraternales.

Doctor Gerardo F. Vega de la Rosa Vice-Director de Asistencia Médica del Policlínico de Santiago de las Vegas. Atención a pacientes VIH/sida. Ciudad de La Habana, Cuba

---

Favor de dirigir toda correspondencia al Apartado Postal 12-839, México, D.F. 03020. A nombre de Arturo Díaz Betancourt.



Se afilian al IMSS 28 mil migrantes mexicanos

Unos 28 mil mexicanos que viven en Estados Unidos se afiliaron al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en los últimos cuatro años, informó a Notimex el director de Afiliación y Cobranza de ese organismo, Carlos Gálvez. Añadió que esta cifra podría aumentar de manera considerable por la cantidad de mexicanos residentes en Estados Unidos, pero descartó que el IMSS pueda abrir clínicas en este país por una ley que restringe ese servicio al territorio mexicano. Tan sólo en California viven unos 6 millones de mexicanos y un alto porcentaje de ellos podría estar interesado en que sus familias en México tengan el servicio del IMSS debido a los altos costos de los seguros médicos en Estados Unidos. 69 por ciento de los mexicanos que se afiliaron al IMSS vive en California, 13 en Illinois, 5 en Arizona y 3 en Texas. 27 por ciento de ellos son de Baja California, 15 de Jalisco, 13 de Guanajuato y 12 de Michoacán. La contratación de este servicio asciende a 520 dólares anuales por grupo familiar y se puede concretar en México o a través de las oficinas del IMSS en Los Angeles, Fresno y Chicago.



Una proteína de la saliva inhibe la replicación del VIH

Investigadores norteamericanos han descubierto que una sustancia proteínica que se encuentra en la saliva humana, el inhibidor de proteasa de leucocitos salivales (SLPI) previene indirectamente la infección por VIH de las células sanguíneas humanas in vitro. Esto podría ser una explicación al hecho de que pocas veces ha sido documentada la transmisión por el sexo oral.

